

**Betreff:** AW: Umfrage für Bachelorarbeit  
**Von:** [Redacted]  
**Datum:** 22.12.2010 08:35  
**An:** [Vanessa Heinzelmann](#)

Sehr geehrte Frau Heinzelmann,

wir können Ihnen bei diesen Fragebögen zu Ihrer Bachelorarbeit leider nicht behilflich sein.

Mit freundlichen Grüßen

[Redacted]

[Redacted]

Der Inhalt dieser E-Mail ist ausschließlich für den bezeichneten Empfänger bestimmt. Sollten Sie nicht der Empfänger sein, beachten Sie bitte, dass jede Form der Kenntnisnahme der Geheimhaltungspflicht unterliegt und eine Weitergabe des Inhalts ohne Zustimmung des Absenders unzulässig ist.

-----Ursprüngliche Nachricht-----

**AW: Umfrage für Bachelorarbeit - Thunderbird**

Datei Bearbeiten Ansicht Navigation Nachricht Extras Hilfe

Abrufen Verfassen Adressbuch Antworten Allen antworten Weiterleiten Schlagwörter Löschen

**Betreff: AW: Umfrage für Bachelorarbeit**

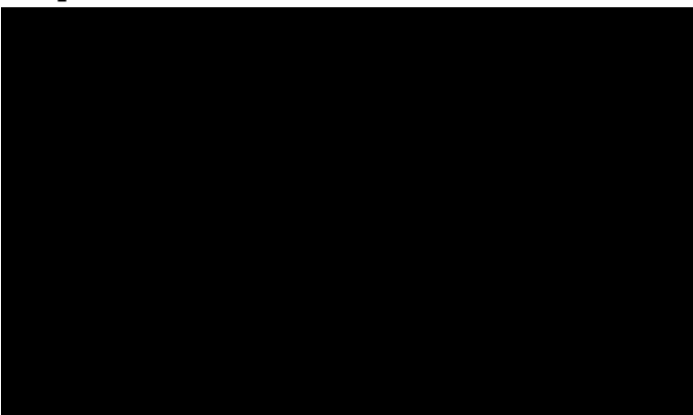
**Von:** [REDACTED]

**Datum:** 22.12.2010 09:32

**An:** [va.nes.sa@t-online.de](mailto:va.nes.sa@t-online.de)

Sehr geehrte Frau Heinzelmann,  
leider können wir an Ihrem Vorhaben nicht teilnehmen, da unsere  
Kapazitäten dies derzeit nicht zulassen

mfg



Bitte beachten Sie: Der Inhalt dieser E-Mail ist ausschließlich für (Vertreter sind, setzen Sie sich bitte mit dem Absender der E-Mail in  
Inhaltes fehlgeleiteter E-Mails ist unzulässig.

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: [REDACTED]

Gesendet: Mittwoch, 22. Dezember 2010 08:53

An: [REDACTED]

Betreff: WG: Umfrage für Bachelorarbeit

-----Ursprüngliche Nachricht-----

Von: Vanessa Heinzelmann [<mailto:va.nes.sa@t-online.de>]

Gesendet: Dienstag, 21. Dezember 2010 23:50



**Betreff:** AW: Umfrage für Bachelorarbeit zum Thema Transparenzberichte

**Von:** [REDACTED]

**Datum:** 13.01.2011 12:27

**An:** [Vanessa Heinzelmann](mailto:Vanessa.Heinzelmann)

Guten Tag Frau Heinzelmann,

bitte entschuldigen Sie die verspätete Antwort. Wie Sie vielleicht bereits wissen, befindet sich das St. Anna-Stift im Moment in einem großen Neu- und Umbauprojekt. Aus diesem Grund ist es für uns zeitlich leider nicht möglich Sie in Ihrem Anliegen zu unterstützen.

Wir wünschen Ihnen für Ihre Bachelorarbeit viel Erfolg!

Mit freundlichen Grüßen

[REDACTED]  
Praxisanleiter für Pflegeberufe  
QM

-----Ursprüngliche Nachricht-----  
Von: Vanessa Heinzelmann [<mailto:va.nes.sagt-online.de>]  
Gesendet: Montag, 10. Januar 2011 20:15  
An: [REDACTED]  
Betreff: Umfrage für Bachelorarbeit zum Thema Transparenzberichte

Sehr geehrte [REDACTED]

ich hatte mich kurz vor Weihnachten bei Ihnen mit der Bitte gemeldet,

mich bei den Umfragen für meine Bachelorarbeit zu unterstützen.

Leider habe ich diesbezüglich noch keine Antwort von Ihnen erhalten.

Um die Vorbereitungen für meine Bachelorarbeit abschließen zu können,

wäre ich Ihnen für eine badlige Antwort sehr dankbar.

Mit freundlichen Grüßen  
Vanessa Heinzelmann

**Bewohnerumfrage zum Thema:**  
**Pflegetransparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflege-Transparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten/Pflegenoten:**

**1. Ist Ihnen bekannt, dass jede Einrichtung benotet wird und Sie das Ergebnis im Internet einsehen können (Transparenzbericht/Pflegenoten)?**

- Ja                                       Nein (weiter bei Frage 5)

**Wenn ja, wie haben Sie davon erfahren? (Mehrfachnennungen sind möglich)**

- Pflegeeinrichtung  
 Internet (z.B. Pflegelotse)  
 Fernsehen  
 Zeitung  
 Bekannte / Verwandte / Freunde  
 \_\_\_\_\_

**2. Wissen Sie welche Gesamtnote Ihre Einrichtung erhalten hat?**

- Ja                                       Nein

**3. Empfinden Sie die Einzelnoten als hilfreich, um die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung treffen zu können?**

- sehr hilfreich                               hilfreich  
 weniger hilfreich                               nicht hilfreich

**4. Ist das Zustandekommen der einzelnen Noten für Sie nachvollziehbar?**

- Ja                                       Nein, weil \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**5. Wie viel Zeit hatten Sie, um sich für eine Einrichtung zu entscheiden?**

- 1 Woche  
 2 bis 4 Wochen  
 mehr als 4 Wochen

**6. Weshalb haben Sie sich für diese Einrichtung entschieden?  
(Mehrfachnennungen sind möglich.)**

- aufgrund der Noten des Transparenzberichtes  
 aufgrund positiver Eindrücke vor Ort  
 Empfehlung von Bekannten / Verwandten / Freunden  
 Empfehlung des Krankenhauses  
 \_\_\_\_\_

**7. Wie wichtig für Ihre Entscheidung sind folgende Faktoren: Kosten, Leistungen, Pflegeschlüssel und Qualifikation des Pflegepersonals?**

- sehr wichtig                                       wichtig  
 eher unwichtig                                       unwichtig

**8. In wie weit glauben Sie, dass die Veröffentlichung der Noten zu einer Verbesserung der Qualität in den Einrichtungen führt?**

- große Verbesserung                                       etwas Verbesserung  
 keine Verbesserung

**9. Eigene Anmerkungen zum Thema Transparenzbericht/Pflegenoten**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- (zukünftige/r) Bewohner/in
- Angehörige/r
- Betreuer/in
- \_\_\_\_\_

2. Geschlecht

- männlich
- weiblich

3. Alter

- unter 40
- 40 – 49
- 50 – 59
- 60 – 69
- 70 und älter

4. Nutzen Sie das Internet als Informationsquelle?

- Ja
- Nein

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**

**Mitarbeiterumfrage zum Thema:**  
**Pflege-Transparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflege-Transparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten:**

1. Wurde für Ihre Einrichtung bereits ein Transparenzbericht erstellt?

Ja                       Nein

Wenn ja, welche Gesamtnote haben Sie erhalten?

\_\_\_\_\_

2. Stimmen Ihrer Meinung nach die Einzelnoten, die Ihre Einrichtung erhalten hat, mit der Realität überein?

Ja                       Nein, Noten sind zu schlecht  
                               Nein, Noten sind zu gut

3. Denken Sie, dass die Noten den Verbrauchern helfen die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung zu treffen?

Ja                       Nein

4. Finden Sie die Anzahl der in die Prüfung einbezogenen Bewohner (grds. 10%, max. 15 Bewohner) ausreichend um ein repräsentatives Ergebnis zu erhalten?

Ja                       Nein

**5. Was sollte Ihrer Meinung nach an dem Bewertungssystem verändert werden?**  
(Mehrfachnennungen sind möglich)

- Einführung einer Gewichtung der einzelnen Kriterien
- Einführung von Risikokriterien
- Abstufungsmöglichkeiten bei der Prüfung der Kriterien (z.B.: erfüllt, teilweise erfüllt, nicht erfüllt)
- Prüfung der Pflege am Bewohner, anstatt Prüfung anhand der Pflegedokumentation
- Verzicht auf die Gesamtnote, um Verzerrungen zu vermeiden
- eindeutige Verfahrensanweisungen für MDK-Prüfer
- Keine Veränderungen nötig
- 

---

---

---

**6. Hat sich in Ihrer Einrichtung aufgrund der Prüfungsergebnisse etwas verändert?**

- Ja
- Nein, keine Veränderungen nötig
- Nein, Veränderungen sind jedoch in Planung

**Welche Veränderungen fanden statt bzw. sind geplant?**

---

---

---

**7. Für wie wichtig halten Sie die Befragung der Bewohner?**

- sehr wichtig
- wichtig
- eher unwichtig
- unwichtig

**8. Sollte Ihrer Meinung nach die Note der Bewohnerbefragung in die Gesamtnote mit einfließen?**

- Ja
- Nein

**9. Eigene Anmerkungen zum Thema Pflege-Transparenzvereinbarung**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Persönliche Angaben:**

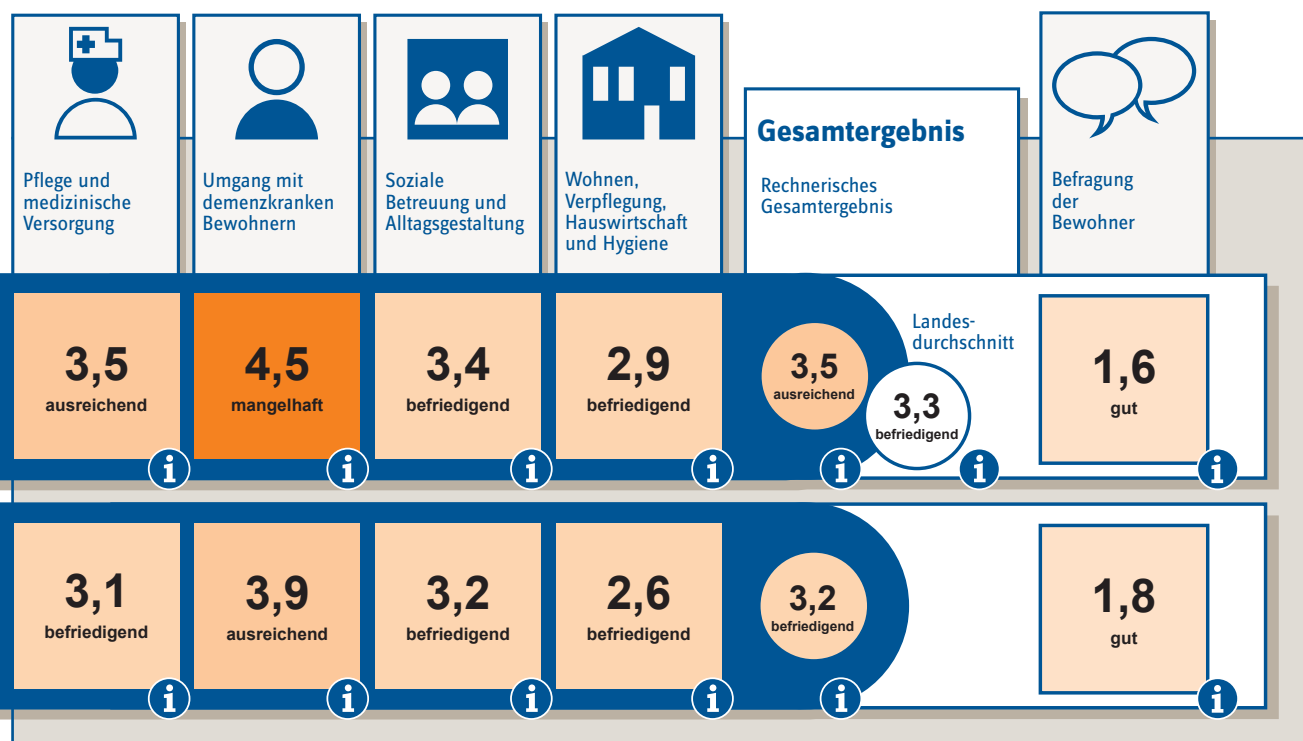
1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- Heimleiter/in
- Pflegedienstleiter/in

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**

# Qualität der stationären Pflegeeinrichtung Seniorenresidenz „Sicherer Anker“

Seestraße 9, 12345 Hafenstadt · Tel: 0123/45678 · Fax: 0123/45679  
info@sicherer-anker.de · www.sicherer-anker.de



Erläuterungen zum Bewertungssystem [▶](#) Kommentar der Pflegeeinrichtung [▶](#)

Vertraglich vereinbarte Leistungsangebote [▶](#) Weitere Leistungsangebote und Strukturdaten [▶](#)

MDK-Prüfung am	15.06.2009	Gleichwertige Prüfung am	14.06.2009
Anzahl der versorgten Bewohner:	100	Anzahl der versorgten Bewohner:	100
Anzahl der in die Prüfung einbezogenen Bewohner:	15	Anzahl der in die Prüfung einbezogenen Bewohner:	14
Anzahl der befragten Bewohner:	10	Anzahl der befragten Bewohner:	11
Die Pflegeeinrichtung hat eine Wiederholungsprüfung beantragt:	Ja	<b>Weitere Prüfergebnisse</b>	<a href="#">▶</a>
Pflegeheime im Bundesland: davon geprüft:	1.800 411		





## Qualitätsbereich 1 Pflege und medizinische Versorgung

Nr.	Kriterium (In Klammern ist die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen angegeben, bei denen dieses Kriterium geprüft werden konnte.)	Ergebnis (Note)
1	Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar? (10)	3,4
2	Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen? (10)	4,1
3	Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen? (10)	2,7
4	Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht? (10)	2,7
5	Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt? (3)	2,9
6	Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst? (10)	3,4
7	Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt? (5)	3,4
8	Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus nachvollziehbar? (2)	4,1
9	Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe)? (2)	4,1
10	Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens? (2)	4,1
11	Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst? (2)	4,1
12	Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die verordneten Medikamente? (4)	2,3
13	Werden individuelle Ernährungsressourcen und Risiken erfasst? (10)	5,0
14	Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Nahrungsversorgung durchgeführt? (5)	1,9
15	Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung? (10)	2,7
16	Werden individuelle Ressourcen und Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst? (10)	4,1
17	Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt? (3)	2,9
18	Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung? (3)	2,9
19	Wird bei Bewohnern mit Ernährungssonden der Geschmackssinn angeregt? (5)	3,4
20	Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung? (4)	4,1
21	Kooperiert das Pflegeheim bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt? (3)	2,9
22	Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkateter die individuellen Ressourcen und Risiken erfasst? (4)	2,3
23	Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkateter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt? (4)	2,3
24	Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst? (10)	4,8
25	Werden Sturzereignisse dokumentiert? (4)	2,3
26	Werden erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt? (10)	4,1
27	Wird das individuelle Kontrakturrisiko erfasst? (10)	5,0
28	Werden die erforderlichen Kontrakturprophylaxen durchgeführt? (4)	4,1
29	Liegen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor? (3)	2,9
30	Wird die Notwendigkeit der freiheitseinschränkenden Maßnahmen regelmäßig überprüft? (2)	4,1
31	Wird die erforderliche Körperpflege den Bedürfnissen und Gewohnheiten des Bewohners entsprechend durchgeführt? (10)	3,4
32	Wird die erforderliche Mund- und Zahnpflege den Bedürfnissen und Gewohnheiten des Bewohners entsprechend durchgeführt? (10)	3,4
33	Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt? (10)	2,7
34	Werden die Mitarbeiter/innen regelmäßig in Erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult?	1,0
35	Existieren schriftliche Verfahrensanweisungen zu Erster Hilfe und Verhalten in Notfällen?	1,0
<b>Bewertungsergebnis für den Qualitätsbereich</b>		<b>3,5*</b>

\* Die Bereichsnote ergibt sich aus den Mittelwerten der Punktebewertung der Einzelkriterien.



## Qualitätsbereich 2

### Umgang mit demenzkranken Bewohnern

Nr.	Kriterium (In Klammern ist die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen angegeben, bei denen dieses Kriterium geprüft werden konnte.)	Ergebnis (Note)
36	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biographie des Heimbewohners beachtet und bei der Tagesgestaltung berücksichtigt? (5)	5,0
37	Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege einbezogen? (5)	5,0
38	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung in der Pflegeplanung berücksichtigt? (5)	5,0
39	Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag ermittelt und dokumentiert und werden daraus Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet? (5)	5,0
40	Sind zielgruppengerechte Bewegungs- und Aufenthaltsflächen vorhanden (auch nachts)?	1,0
41	Sind gesicherte Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien vorhanden?	1,0
42	Gibt es identifikationserleichternde Milieugestaltung in Zimmern und Aufenthaltsräumen?	5,0
43	Wird mit individuellen Orientierungshilfen, z. B. Fotos, gearbeitet?	1,0
44	Werden dem Bewohner geeignete Angebote gemacht, z. B. zur Bewegung, Kommunikation oder zur Wahrnehmung? (5)	4,8
45	Gibt es bedarfsgerechtes Speisenangebot für Bewohner mit Demenz?	1,0
<b>Bewertungsergebnis für den Qualitätsbereich</b>		<b>4,5*</b>

\* Die Bereichsnote ergibt sich aus den Mittelwerten der Punktebewertung der Einzelkriterien.



## Qualitätsbereich 3

### Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung

Nr.	Kriterium (In Klammern ist die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen angegeben, bei denen dieses Kriterium geprüft werden konnte.)	Ergebnis (Note)
46	Werden im Rahmen der sozialen Betreuung Gruppenangebote gemacht?	5,0
47	Werden im Rahmen der sozialen Betreuung Einzelangebote gemacht?	1,0
48	Veranstaltet das Pflegeheim jahreszeitliche Feste?	1,0
49	Gibt es Aktivitäten zur Kontaktaufnahme/Kontaktpflege mit dem örtlichen Gemeinwesen?	1,0
50	Gibt es Maßnahmen zur Kontaktpflege zu den Angehörigen?	1,0
51	Sind die Angebote der sozialen Betreuung auf die Struktur und Bedürfnisse der Bewohner ausgerichtet?	1,0
52	Gibt es Hilfestellungen zur Eingewöhnung in die Pflegeeinrichtung (z. B. Bezugspersonen, Unterstützung bei der Orientierung, Integrationsgespräch nach 6 Wochen)?	5,0
53	Wird die Eingewöhnungsphase systematisch ausgewertet?	5,0
54	Gibt es ein Angebot zur Sterbebegleitung auf der Basis eines Konzeptes?	5,0
55	Verfügt die Pflegeeinrichtung über ein Beschwerdemanagement?	1,0
<b>Bewertungsergebnis für den Qualitätsbereich</b>		<b>3,4*</b>

\* Die Bereichsnote ergibt sich aus den Mittelwerten der Punktebewertung der Einzelkriterien.



## Qualitätsbereich 4

### Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene

Nr.	Kriterium (In Klammern ist die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen angegeben, bei denen dieses Kriterium geprüft werden konnte.)	Ergebnis (Note)
56	Ist die Gestaltung der Bewohnerzimmer z. B. mit eigenen Möbeln, persönlichen Gegenständen und Erinnerungsstücken sowie die Entscheidung über ihre Platzierung möglich?	1,0
57	Wirken die Bewohner an der Gestaltung der Gemeinschaftsräume mit?	5,0
58	Ist der Gesamteindruck der Einrichtung im Hinblick auf Sauberkeit und Hygiene gut? (z. B. Optische Sauberkeit, Ordnung, Geruch)	1,0
59	Kann der Zeitpunkt des Essens im Rahmen bestimmter Zeitkorridore frei gewählt werden?	1,0
60	Wird Diätkost, z. B. für Menschen mit Diabetes, angeboten?	1,0
61	Ist die Darbietung von Speisen und Getränken an den individuellen Fähigkeiten der Bewohner orientiert (z. B. wird die Nahrung nur bei tatsächlicher Notwendigkeit klein geschnitten oder als passierte Kost serviert)?	5,0
62	Wird der Speiseplan in gut lesbarer Form bekannt gegeben?	1,0
63	Orientieren die Portionsgrößen sich an den individuellen Wünschen der Bewohner?	1,0
64	Werden Speisen und Getränke in für die Bewohner angenehmen Räumlichkeiten und entspannter Atmosphäre angeboten?	5,0
<b>Bewertungsergebnis für den Qualitätsbereich</b>		<b>2,9*</b>

\* Die Bereichsnote ergibt sich aus den Mittelwerten der Punktebewertung der Einzelkriterien.



## Qualitätsbereich 5 Befragung der Bewohner

Nr.	Kriterium (In Klammern ist die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen angegeben, bei denen dieses Kriterium geprüft werden konnte.)	Ergebnis (Note)
65	Wird mit Ihnen der Zeitpunkt von Pflege- und Betreuungsmaßnahmen abgestimmt? (10)	1,9
66	Entscheiden Sie, ob Ihre Zimmertür offen oder geschlossen gehalten wird? (10)	1,9
67	Werden Sie von den Mitarbeitern motiviert, sich teilweise oder ganz selber zu waschen? (10)	1,6
68	Sorgen die Mitarbeiter dafür, dass Ihnen z. B. beim Waschen außer der Pflegekraft niemand zusehen kann? (10)	1,2
69	Hat sich für Sie etwas zum Positiven geändert, wenn Sie sich beschwert haben? (3)	2,3
70	Entspricht die Hausreinigung Ihren Erwartungen? (10)	1,6
71	Können Sie beim Mittagessen zwischen verschiedenen Gerichten auswählen? (10)	1,2
72	Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich? (10)	1,2
73	Nehmen sich die Pflegenden ausreichend Zeit für Sie? (10)	1,6
74	Fragen die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung Sie, welche Kleidung Sie anziehen möchten? (10)	1,2
75	Schmeckt Ihnen das Essen i. d. R.? (10)	3,2
76	Sind Sie mit den Essenszeiten zufrieden? (10)	1,8
77	Bekommen Sie Ihrer Meinung nach jederzeit ausreichend zuzahlungsfrei zu trinken angeboten? (10)	1,1
78	Entsprechen die sozialen und kulturellen Angebote Ihren Interessen? (10)	2,3
79	Wird Ihnen die Teilnahme an Beschäftigungsangeboten ermöglicht? (10)	1,1
80	Werden Ihnen Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien angeboten? (10)	3,2
81	Können Sie jederzeit Besuch empfangen? (10)	1,2
82	Erhalten Sie die zum Waschen abgegebene Wäsche zeitnah, vollständig und in einwandfreiem Zustand aus der Wäscherei zurück? (10)	1,3
<b>Bewertungsergebnis für den Qualitätsbereich</b>		<b>1,6*</b>

\* Die Bereichsnote ergibt sich aus den Mittelwerten der Punktebewertung der Einzelkriterien.



## Weitere Leistungsangaben und Strukturdaten

Die folgenden Angaben sind Selbstauskünfte der Pflegeeinrichtung

**Ansprechpartner:** \_\_\_\_\_

**Besonderheiten:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Leistungsangebot

- \_\_\_ Einzelzimmer, davon mit
- \_\_\_ mit eigener/m Dusche / WC / Waschbecken
- \_\_\_ mit eigenem WC / Waschbecken
- \_\_\_ Doppelzimmer, davon mit
- \_\_\_ mit eigener/m Dusche / WC / Waschbecken
- \_\_\_ mit eigenem WC / Waschbecken
- Eigene Möbel können mitgebracht werden
- Haustiere können mitgebracht werden:
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### Pflegerische Schwerpunkte

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Kooperationen mit medizinischen Einrichtungen

niedergelassene Ärzte: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Krankenhäuser: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Preise

bei Pflegestufe	davon Anteil Pflegekasse	
PS 0	_____ €	_____ €
PS 1	_____ €	_____ €
PS 2	_____ €	_____ €
PS 3	_____ €	_____ €
Härtefall	_____ €	_____ €

### Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Gesamtmitarbeiteranzahl in Vollzeitstellen: \_\_\_\_\_

Fachkräfteanteil in Pflege und Betreuung: \_\_\_\_\_

Weitere Fachkräfte mit Zusatzqualifikationen (Art und Anzahl):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Auszubildende (alle Berufe): \_\_\_\_\_



# **Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren Baden-Württemberg**

## **Zwei Pflegestützpunkte im Landkreis Ludwigsburg eröffnet**

### **Amtschef im Sozialministerium Thomas Halder: Pflegestützpunkte bieten passgenaue Hilfen**

### **In Baden-Württemberg wurden in den vergangenen Monaten 48 Pflegestützpunkte, in 42 von Stadt- und Landkreisen errichtet**

03.03.2011, „Menschen mit Pflegebedarf müssen gut beraten und passgenaue Hilfen koordiniert werden. Pflegestützpunkte sind hierfür geeignete und wichtige Instrumente. Sie können auch dazu beitragen, Menschen mit Pflegebedarf besser an der Gesellschaft teilhaben zu lassen“, sagte der Amtschef im Sozialministerium, Thomas Halder, am Donnerstag (3.3.) anlässlich der Eröffnung der beiden Pflegestützpunkte in Ludwigsburg. Im Landkreis Ludwigsburg, einem der einwohnerstärksten Landkreise Baden-Württembergs, werden zwei Pflegestützpunkte ihre Arbeit aufnehmen.

Der eine Pflegestützpunkt mit den Standorten Bietigheim-Bissingen, Ditzingen, Gerlingen, Ludwigsburg und Korntal-Münchingen, wird für diese Städte, der andere, mit Sitz im Landratsamt, wird für den gesamten Landkreis mit Ausnahme dieser Städte zuständig sein. Die Pflegestützpunkte werden als Netzwerk betrieben und bündeln die vorhandenen und noch entstehenden kommunalen Beratungsstrukturen. „Diese engmaschige Vernetzung begrüße ich sehr. Mit dem neuen Netzwerk Pflegestützpunkt wird es ein deutliches Mehr an Pflegeberatung geben. Auch wird künftig eine noch engere Zusammenarbeit aller Professionen und Leistungserbringer der Medizin, der Pflege, der Therapie, der Mitglieder von Selbsthilfegruppen und zum ehrenamtlichen Engagement bereiter Personen und Organisationen möglich sein“, so der Amtschef weiter.

Pflegestützpunkte sind Anlaufstellen, in denen Pflegebedürftige und ihre Angehörigen umfassend informiert, beraten und begleitet werden. Mit dem neuen Angebot soll eine wohnortnahe und am Bedarf orientierte pflegerische, medizinische und rehabilitative Versorgung unterstützt werden. „Pflegestützpunkte bündeln die Beratung über die pflegerischen, medizinischen und sozialen Leistungen und deren Vernetzung unter einem Dach“, erläuterte Thomas Halder. Zum Aufgabenfeld gehöre auch die Information über Regelungen und Voraussetzungen zur Inanspruchnahme von Sozialleistungen. „Aber Leistungsentscheide werden keine getroffen“, so der Amtschef weiter.

Als wesentliche Handlungsfelder des Pflegestützpunktes bezeichnete der Amtschef „die unabhängige Beratung rund um das Thema Pflege sowie die Koordinierung von Hilfs- und Unterstützungsangeboten bei der wohnortnahen Betreuung und Versorgung.“ Ebenso wichtig sei aber auch, die aufeinander abgestimmten pflegerischen und sozialen Versorgungs- und Betreuungsangebote zu vernetzen. Schließlich mache die demografische Herausforderung mit dem zunehmenden Pflegebedarf deutlich, „wie wichtig eine unabhängige, neutrale und kostenlose Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen ist.“

### **Hinweis für die Redaktionen:**

In Baden-Württemberg wurden in den vergangenen Monaten 48 Pflegestützpunkte, in 42 von Stadt- und Landkreisen errichtet.

Über die Trägerschaft der in Baden-Württemberg einzurichtenden Pflegestützpunkte entscheidet die Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte Baden-Württemberg e.V. Gründungsmitglieder sind die Landesverbände der Kranken- und Pflegekassen und die Kommunalen Landesverbände. Als beratendes Mitglied gehört der Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte Baden-Württemberg e.V. das Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren an.

Quelle: *Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren*



HAUSANSCHRIFT Friedrichstraße 108, 10117 Berlin  
POSTANSCHRIFT 11055 Berlin  
TEL +49 (0)30 18441-2225  
FAX +49 (0)30 18441-1245  
INTERNET [www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de)  
E-MAIL [pressestelle@bmg.bund.de](mailto:pressestelle@bmg.bund.de)

# Presse- mitteilung

Berlin, 24. November 2010

Nr. 70

## **Zu dem heute bekanntgegebenen Abbruch der Gespräche zu Transparenzvereinbarungen in der Pflege erklärt ein Sprecher des Bundesgesundheitsministeriums:**

„Das Bundesministerium für Gesundheit hält das vorläufige Scheitern der Gespräche für nicht akzeptabel. Es hat zur Folge, dass sich die zeitnahe Überarbeitung der Pflegetransparenz-Vereinbarung verzögert. Und das, obwohl sich alle Leistungsträger und alle großen Verbände der Leistungserbringer bereits zu einer Lösung bereiterklärt hatten. Diese sah etwa vor, die (Ergebnis-)Qualität in bestimmten Pflegebereichen - zum Beispiel Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung und Wundliegen - deutlich anzuheben.

Mit dem Scheitern wurde die Chance vertan, sowohl die Qualität der Einrichtungen als auch die Transparenz für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen weiter zu verbessern. Eine Einigung bedurfte nach geltendem Recht der Einstimmigkeit der beteiligten Gesprächsteilnehmer. Eine Minderheit wollte sich der vorliegenden Lösung, die unter Moderation des Ministeriums mit allen erörtert wurde, nicht anschließen und hat damit eine Einigung verhindert.

Da das Gesetz klar die Zuständigkeit für die Weiterentwicklung bei der Selbstverwaltung festlegt, fordert das Bundesgesundheitsministerium die Gesprächsrunde auf, zügig zu einem Konsens zu kommen. Notwendige Weiterentwicklungen dürfen nicht an der Überstrapazierung des Einstimmigkeitsprinzips durch Minderheiten scheitern. Überlegt werden muss deshalb, ob dem Wunsch relevanter Teile der Selbstverwaltung entsprochen werden kann, in solchen Fällen - wie im Sozialrecht auch ansonsten üblich - künftig Schiedsstellen-Lösungen zu ermöglichen.“

Weitere Informationen unter [www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de).



Fachbereich  
Pflege und Gesundheit  
Prof. Dr. Marcellus Bonato

Leonardo Campus 8  
48149 Münster

bonato@fh-muenster.de

Münster, 21.04.2010

## **Gutachterliche Stellungnahme im Auftrag der Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe e.V. Kritik an der Methodik der Pflege-Transparenzberichte**

### **Eine Klarstellung: Funktion der Methodenkritik**

*Ein Segler kann den Kurs nur dann exakt ermitteln, wenn er klare Zielvorstellungen und hinreichendes Wissen über seinen augenblicklichen Standort hat.*

Der Autor der vorliegenden Stellungnahme begrüßt, dass Einrichtungen des Gesundheitswesens Daten über ihre Ergebnisqualität im Sinne der Analogie der Standortbestimmung eines Seglers erhalten und diese zur Optimierung der Ergebnis- und Lebensqualität der pflegerischen Versorgung nutzen. Er fühlt sich dieser Grundidee des Qualitätsmanagements verpflichtet.

Daher möchte er die vorliegende Stellungnahme nicht als Abwehrmethode gegenüber dieser Grundidee verstanden wissen, denn zu diesem Zweck wird Methodenkritik häufig genutzt. Der Autor möchte mit der Methodenkritik gegenüber dem Verfahren in der Pflege-Transparenzvereinbarung Daten bzw. Hinweise liefern, die zeigen, dass aus methodischen Gründen eine Optimierung oder auch eine grundsätzliche Änderung des Verfahrens notwendig ist. Es werden entsprechende Empfehlungen gegeben.

### **Bezug der Methodenkritik**

Da die grundsätzliche Methodik in der Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS) und ambulant (PTVA) übereinstimmt, bezieht sich die Methodenkritik in gleicher Weise auf beide Pflege-Transparenzvereinbarungen und wird in den folgenden Ausführungen in erster Linie für die PTVS ausgeführt.

## Die Betrachtungsebenen der Methodenkritik

Die Methodenkritik wird zum einen anhand der folgenden (psychometrischen) Gütekriterien für (Mess-) Verfahren vorgenommen:

1. Validität & Pflegesensibilität
2. Objektivität
3. Reliabilität
4. Praktikabilität

Dabei werden ausgehend von dem in den Pflege-Transparenzvereinbarungen vereinbarten Verfahren (vgl. PTVS (2008), PTVA (2009), Abbildung 1) die folgenden Betrachtungsebenen unterschieden:

1. Betrachtungsebene Prüfkriterium: T01, T02, T03, ...
2. Betrachtungsebene Qualitätsbereich: QB1, QB2, ...
3. Betrachtungsebene Gesamtergebnis
4. Betrachtungsebene Landesdurchschnitt

Des Weiteren bezieht sich die Methodenkritik auf die Bewertungssystematik und ihre Nutzung.

Q-Bereich 1	Q-Bereich 2	Q-Bereich 3	Q-Bereich 4		
Pflege und medizinische Versorgung	Umgang mit demenzkranken Bewohnern	Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung	Wohnen Verpflegung Hauswirtschaft und Hygiene	<b>Gesamtergebnis</b>	<b>Befragung der Bewohner</b>
T01 T02 T03 ... ... T35	T36 T37 T38 ... T45	T46 T47 T48 ... T55	T56 T57 T58 ... T64		T65 T66 T67 ... T82
<b>35 Kriterien</b>	<b>10 Kriterien</b>	<b>10 Kriterien</b>	<b>9 Kriterien</b>		<b>18 Kriterien</b>

Abbildung 1: Struktur des Verfahrens in den Pflege-Transparenzvereinbarungen

## Die Bewertung der Gütekriterien

### 1. Validität & Pflegesensibilität

Bewusst wird die Methodenkritik mit der Bewertung des wichtigsten Gütekriteriums, der Validität begonnen. *Die Validität eines Verfahrens ist dann gegeben, wenn das Messinstrument das, was es zu messen vorgibt, auch tatsächlich misst.* Dabei werden drei Hauptarten von Validität unterschieden: die Inhaltsvalidität (auch Augenscheinvalidität bzw. Logische Validität genannt), die Kriteriumsvalidität (Übereinstimmung mit einem Außenkriterium) und die Konstruktvalidität, welche Zusammenhänge der Testergebnisse mit Konstrukten des theoretischen Bezugssystems in den Fokus nimmt. (vgl. Bortz & Döring, 2006, S. 200 ff).

Folgendes Zitat aus der Vereinbarung über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der Qualitätsprüfungen (PTVS, 2008) zeigt deutlich, dass die Vertragsparteien der Vereinbarung diese Validität selbst stark in Zweifel ziehen:

„Die Vertragsparteien haben am 17. Dezember 2008 nach Durchführung des Beteiligungsverfahrens diese Vereinbarung in dem Wissen geschlossen, dass es derzeit keine pflegewissenschaftlich gesicherten Erkenntnisse über valide Indikatoren der Ergebnis- und Lebensqualität der pflegerischen Versorgung in Deutschland gibt. Diese Vereinbarung ist deshalb als vorläufig zu betrachten“ (PTVS, 2008, S. 3).

Es gibt zwar in Deutschland Entwicklungen, die sich mit der Pflegequalität auseinandersetzen, der Autor teilt die obige Auffassung, dass diese leider noch keine pflegewissenschaftlich gesicherten Erkenntnisse über valide Indikatoren der Ergebnis- und Lebensqualität der pflegerischen Versorgung liefern:

Die monoproduktionell entwickelten **Expertenstandards** des *Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege* – (DNQP) sind zwar konsentiert, teilweise auch evaluiert, aber noch nicht verbindlich eingeführt.

Die multiproduktionell entwickelten **Qualitätsniveaus** der *Bundeskongferenz für Qualitätssicherung in der Pflege* (BUKO-QS) sind zum Teil evidenzbasiert, aber nicht evaluiert.

Die **Pflegenoten** im Rahmen der MDK-Qualitätsprüfungen (Pflege-Transparenzvereinbarungen) sind Gegenstand der vorliegenden Stellungnahme.

Das vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und das Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebene Projekt „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ wird zur Zeit vom Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) und dem Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH (ISG) bearbeitet. In diesem Projekt sollen Methoden und Instrumente erarbeitet werden, die verlässliche Aussagen zur Ergebnisqualität der Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen ermöglichen. Das Projekt hat im Dezember 2008 begonnen und dauert bis November 2010. (<http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/projekte/ergebnisqualitaet.html>)

### **Herausforderung Pflegesensitivität**

Um die Anforderung an Prüfkriterien in den Pflege-Transparenzvereinbarungen deutlich zu machen, die aus Sicht des Autors notwendig sind, um Validität sicher zu stellen, soll an dieser Stelle der Begriff der Pflegesensibilität von Indikatoren oder Kriterien eingeführt werden. Zur Definition (vgl. ICN, 2010; Nakrem et al. 2009):

*Pflegesensitive Qualitätsindikatoren sind Veränderungsmasse des Gesundheitszustandes (z.B. bzgl. Mobilität, Sturzhäufigkeit, Schmerz) einer Person, die direkt von der pflegerischen Versorgung beeinflusst sind.*

[“Nursing sensitive quality indicators are measures of changes in health status upon which nursing care may have direct influence“ (ICN, 2001; vgl. Nakrem et al. 2009)]

Schaut man sich die Kriterien in den Pflege-Transparenzvereinbarungen oder kritische Anmerkungen zu diesen (de Vries, 2010; Schönlau, K. 2010) an, wird deutlich, dass die Prüfkriterien häufig nicht pflegesensitiv sind:

- Oft wird nicht die Pflegeergebnisqualität oder die Lebensqualität der Bewohner geprüft, sondern die Güte der Pflegedokumentation!
- Oft werden nicht Prozesse und Verfahren geprüft, sondern deren Dokumentation!
- Beispielsweise werden mit einer Bewertung „Es liegt kein schriftliches Konzept zum Umgang mit Sterben vor“ in einer Einrichtung sehr angemessene, konsenterte und umgesetzte Umgangsweisen und Haltungen von Mitarbeiterinnen im Umgang mit sterbenden Bewohnern sicher nicht angemessen gewürdigt!

## 2. Objektivität

„Die Objektivität eines Tests gibt an, in welchem Ausmaß die Testergebnisse vom Testanwender unabhängig sind“ (Bortz & Döring, 2006, S. 195).

Das heißt: Objektivität ist dann gegeben, wenn verschiedene Prüfer bei den Begutachtungen des gleichen Bewohners in einer Einrichtung bzw. bei Begutachtung der gleichen Einrichtung selbst im gleichen Kriterium oder Qualitätsbereich zu gleichen Ergebnissen kommen.

Die Objektivität wird unterschieden auf den Ebenen

1. der Datengewinnung (Durchführungsobjektivität)
2. der Datenauswertung (Auswertungsobjektivität)
3. der Dateninterpretation (Interpretationsobjektivität)

### Zur Durchführungsobjektivität

Positiv anzumerken ist die Existenz einer Ausfüllanleitung für die Prüfer (PTVS, 2008, Anlage 3). Derartige Ausfüllanleitungen führen in der Regel zu einheitlicheren Bewertungen. Schaut man sich einige Hinweise zu den Ausfüllanleitungen genauer an (z.B. Tabelle 1 und Tabelle 2) tauchen

<b>4 bb</b>	<p>Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht? (MDK 15.3)</p> <p><i>Der Umgang mit Medikamenten ist sach- und fachgerecht, wenn:</i></p> <p><i>a) die gerichteten Medikamente mit den Angaben in der Pflegedokumentation übereinstimmen,</i></p> <p><i>b) diese bewohnerbezogen beschriftet aufbewahrt werden,</i></p> <p><i>c) ggf. eine notwendige Kühltanklagerung (2 – 8 °) erfolgt</i></p> <p><i>d) diese als Betäubungsmittel verschlossen und gesondert aufbewahrt werden,</i></p> <p><i>e) bei einer begrenzten Gebrauchsdauer nach dem Öffnen der Verpackung das Anbruch- und Verfallsdatums ausgewiesen wird,</i></p> <p><i>f) Medikamente in Blisterpackungen mit eindeutigen Bewohnerangaben (insbesondere Name, Vorname, Geburtsdatum) sowie mit Angaben zu den Medikamenten (Name, Farbe, Form, Stärke) ausgezeichnet werden,</i></p> <p><i>g) bei Verblisterung die Medikamente direkt aus der Blisterpackung gereicht werden,</i></p> <p><i>h) bei Verblisterung eine kurzfristige Umsetzung der Medikamentenumstellung gewährleistet wird.</i></p> <p>Die Kriterien f – h sind nur bei Verblisterung relevant.</p>
-----------------	--

**Tabelle 1:** Auszug aus PTVS (2008), Anlage 3: Ausfüllanleitungen für die Prüfer.

<b>56 eb</b>	<p>Ist die Gestaltung der Bewohnerzimmer z.B. mit eigenen Möbeln, persönlichen Gegenständen und Erinnerungsstücken sowie die Entscheidung über ihre Platzierung möglich? (BIVA 3.1.3.1., ähnlich MDK 2.2a und b)</p> <p><i>Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn konzeptionell beschrieben ist, dass eine individuell Gestaltung der Bewohnerzimmer möglich ist.</i></p> <p><i>Dazu können z.B. die Mitnahme von eigenen Möbeln, persönlichen Gegenständen und Erinnerungsstücken gehören sowie die Entscheidung über deren Platzierung.</i></p> <p><i>Ggf. Sollte eine Verifizierung der Konzeption durch die Besichtigung einiger Zimmer erfolgen.</i></p>
<b>57 eb</b>	<p>Wirken die Bewohnerinnen und Bewohner an der Gestaltung der Gemeinschaftsräume mit? (BIVA 3.1.3.2)</p> <p><i>Die Frage ist durch die Konzeption des Pflegeheims zu klären und ggf. durch die Befragung einiger Bewohner oder des Heimrates zu verifizieren.</i></p>
<b>58 eb</b>	<p>Ist der Gesamteindruck der Einrichtung im Hinblick auf Sauberkeit und Hygiene gut? (z.B. Optische Sauberkeit, Ordnung, Geruch) (ähnlich MDK 8.1 a) bis h)</p> <p><i>Diese Frage ist selbsterklärend, weitere Erläuterungen sind nicht erforderlich.</i></p>

**Tabelle 2:** Auszug aus PTVS (2008), Anlage 3: Ausfüllanleitungen für die Prüfer.

berechtigt Zweifel auf, inwieweit zwei Begutachter tatsächlich bei solch komplexen Erfüllungskriterien zur gleichen Bewertung kommen; die Bewertung des Kriteriums 58 eb (Tabelle 2), in dem es um den „Gesamteindruck der Einrichtung im Hinblick auf Sauberkeit und Hygiene gut? (z.B. Optische Sauberkeit, Ordnung, Geruch)“ geht, kann doch sehr unterschiedlich von einzelnen Prüfern eingeschätzt werden. Mit dem Ausfüllhinweis „Diese Frage ist selbsterklärend, weitere Erläuterungen sind nicht erforderlich“ macht man es sich sicherlich zu einfach.

Zusätzlich kann man sich fragen, ob bei derartig komplexen Prüfkriterien eine dichotome Entscheidung (Prüfkriterium ist erfüllt/nicht erfüllt) angemessen ist.

Man kann erwarten, dass zu der tatsächlichen Beurteilererübereinstimmung empirische Befunde vorgelegt werden, z.B. durch Mitteilung des Kappa-Koeffizienten (Bortz & Döring, 2006, S. 276/277). Nur so kann man einen Hinweis auf die Durchführungsobjektivität und damit die Güte der erhobenen Daten erhalten, die für die weitere Auswertung genutzt werden. Darüber hinaus wäre ein transparentes Qualifikationsprofil der Prüfer und ihrer Qualifizierung, ggf. eine Qualitätssicherung der Prüfer sinnvoll. Ein gutes Beispiel findet man im Rekrutierungs- und Qualifizierungsverfahren für KTQ-Visitoren® (KTQ, 2010).

Wir haben es in Begutachtungen bzw. Beurteilungen mit einer Sondersituation der Messung von Merkmalen zu tun, in der neben dem Prüfkriterienkatalog, dessen Güte man beurteilen muss, zusätzlich noch der menschliche Begutachter zum Messinstrument gehört. Um die in der Objektivitätsdefinition geforderte Unabhängigkeit der Beurteilungsergebnisse von den Begutachtern einschätzen zu können, sollten die Entwickler von Verfahren Beurteilererübereinstimmungsdaten möglichst kontinuierlich (zumindest stichprobenartig) erfassen und den Nutzern von Ergebnissen **transparent** machen, damit diese eine faire Chance haben, die Sicherheit oder Unsicherheit der Daten einschätzen zu können.

### Zur Auswertungsobjektivität

Die Auswertungsobjektivität ist sicherlich gewährleistet, da nach Festlegung der Bewertung der 64 Prüfkriterien durch die Prüferinnen mit der Beschreibung der Bewertungssystematik (PTVS, 2008, Anlage 2) die Berechnung der Prüfkriteriennoten, der Qualitätsbereichsnoten und des Gesamtergebnisses eindeutig erfolgen kann. Damit ist noch nicht gesagt, dass die beschriebene Bewertungssystematik methodisch betrachtet sinnvoll ist. Dazu später mehr!

### Zur Interpretationsobjektivität

Mit den Pflege-Transparenzvereinbarungen wird sichergestellt, „dass die Leistungen der Pflegeeinrichtungen sowie deren Qualität für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar im Internet sowie in anderer geeigneter Form veröffentlicht werden“ (PTVS, 2008, S. 3).

Zur Einschätzung der Interpretationsobjektivität muss differenziert werden, wer die Ergebnisse interpretiert. Die Interpretation wird dem Leser der Ergebnisse überlassen. Folgender Ausschnitt aus den Fragen und Antworten zu den Pflegenoten (GKV, 2010) macht das deutlich:

#### **„Warum gibt es jetzt Noten für die Qualität der Pflege?**

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurde die Möglichkeit geschaffen, die für Verbraucher relevanten Prüfergebnisse der Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK) der Öffentlichkeit laienverständlich zugänglich zu machen. Zur einheitlichen Bewertung der Prüfergebnisse haben sich der GKV Spitzenverband, die Sozialhilfeträger und die Vertreter der Leistungserbringer für eine Bewertungssystematik nach Noten von 1 bis 5 entschieden. Noten kennt jeder aus seiner eigenen Erfahrung in der Schule und weiß diese einzuordnen. Sie sorgen für mehr Transparenz bei den Angeboten von Pflegeheimen und –diensten. Auf einen Blick sollen Pflegebedürftige und deren Angehörige sehen, ob die Dienstleister gute pflegerische Arbeit leisten, noch Entwicklungs-potenzial haben oder Misstände abstellen müssen.“

**Kasten 1:** Auszug aus: Fragen und Antworten zu den Pflegenoten (GKV, 2010)

Durch die Anlehnung der Bewertungsergebnisse an Schulnoten werden die Prüfergebnisse laienverständlich zugänglich gemacht. Noten kennt jeder aus seiner eigenen Erfahrung in der Schule und weiß sie einzuordnen.

Hier muss zumindest auf einige Unterschiede zwischen Schulnoten und Pflegenoten hingewiesen werden, die dem Laien nicht ohne weiteres bekannt sind

- Schulnoten basieren in der Regel auf Mehrfachmessungen
- Pflegenoten basieren in einrichtungsbezogenen Bewertungen auf Einmalmessungen
- Pflegenoten basieren in bewohnerbezogenen Bewertungen (in relevanten Bereichen) auf (zu) kleinen Fallzahlen [MDS, 2010, S. 13, S. 18ff ]
- Pflegenoten basieren auf einer komplexen (methodisch fragwürdigen) Bewertungssystematik



## **Reliabilität**

„Die Reliabilität eines Tests kennzeichnet den Grad der Genauigkeit, mit dem das geprüfte Merkmal gemessen wird“ (Bortz & Döring, 2006, S. 196). Reliabilität ist dann gegeben, wenn ein Verfahren das, was es misst, auch zuverlässig misst.

Die Reliabilität kann zum einen auf der *Betrachtungsebene Prüfkriterium* bestimmt werden; hier kann mit dem Verfahren der Reliabilitätsanalyse pro Prüfkriterium in einem Qualitätsbereich die sogenannte Trennschärfe berechnet werden. Die Trennschärfe ist ein Gütekriterium für ein Prüfkriterium und zeigt, wie gut ein Prüfkriterium geeignet ist, gute von schlechter Qualität zu unterscheiden (vorausgesetzt es misst wirklich Qualität: Validität!).

[Anmerkung: Messtheoretische Voraussetzung für Reliabilitätsanalysen ist das Vorliegen des Intervallskalenniveaus der Prüfkriterien. Noten sind eigentlich nur ordinalskaliert. Aber wenn man Notendurchschnitte rechnet, geht man implizit von Intervallskalenniveau aus. Dann kann man zumindest explorativ auch Reliabilitätsanalysen rechnen.]

Die Reliabilität kann zum anderen auf der *Betrachtungsebene Qualitätsbereich* bestimmt werden; hier wird pro Qualitätsbereich mit Cronbach's alpha die Reliabilität berechnet.

Zu beiden Betrachtungsebenen liegen keine Reliabilitätsangaben vor. Damit gibt es keine Aussage zur Zuverlässigkeit der Bewertung der Prüfkriterien und der Qualitätsbereiche.

## **Praktikabilität**

Praktikabilität ist die Bezeichnung dafür, mit welchem Aufwand ein Messinstrument eingesetzt werden kann. Die zeitlichen und personellen Bedingungen für die Durchführung des Testverfahrens müssen gegeben sein. Die Akzeptanz des Verfahrens leidet, wenn die Voraussetzungen für die Durchführung zu anspruchsvoll sind. Hier kann z.B. aus Sicht der Einrichtungen der notwendige Dokumentationsaufwand und auf Seiten der MDKen der Prüfaufwand benannt werden. Beide sollten im Verhältnis zum Nutzen angemessen bewertet werden.

## Kritische Anmerkungen zur Bewertungssystematik

Nach der Diskussion der Gütekriterien soll nun die Bewertungssystematik (PTVS, 2008, Anlage 2 bzw. analog PTVA, 2009, Anlage 2) genauer betrachtet werden.

### Pseudogenauigkeit - Intervallskalenqualität

Die Bewertungssystematik ist so aufgebaut, dass jedes einzelne Prüfkriterium anhand einer Skala von 0 bis 10 (0 ist die schlechteste und 10 die beste Bewertung) bewertet wird. Dabei erhalten die einrichtungsbezogenen Prüfkriterien eine rein dichotome Bewertung: Ist das Prüfkriterium nicht erfüllt wird es mit 0 Punkten bewertet, ist das Prüfkriterium erfüllt wird es mit 10 Punkten bewertet. Die bewohnerbezogenen Prüfkriterien werden pro Bewohner der Stichprobe dichotom bewertet. Für alle zur Beurteilung eines Kriteriums herangezogenen Heimbewohner wird der Mittelwert errechnet (arithmetisches Mittel über dichotom bewertete Prüfkriterien!). Jedem einzelnen Prüfkriterium wird nun entweder für die dichotome Bewertung (bei einrichtungsbezogenen Prüfkriterien) oder für den Mittelwert (bei bewohnerbezogenen Prüfkriterien) über die folgende Notenzuordnungstabelle eine Note mit einer Nachkommastelle zugeordnet:

Name der Note	Note	Skalenwert	Intervall	Name der Note	Note	Skalenwert	Intervall
sehr gut	1,0	9,74 - 10,00	0,26	ausreichend	3,5	5,76 - 5,89	0,13
	1,1	9,48 - 9,73	0,25		3,6	5,62 - 5,75	0,13
	1,2	9,22 - 9,47	0,25		3,7	5,48 - 5,61	0,13
	1,3	8,96 - 9,21	0,25		3,8	5,34 - 5,47	0,13
	1,4	8,70 - 8,95	0,25		3,9	5,20 - 5,33	0,13
gut	1,5	8,56 - 8,69	0,13		4,0	5,06 - 5,19	0,13
	1,6	8,42 - 8,55	0,13		4,1	4,92 - 5,05	0,13
	1,7	8,28 - 8,41	0,13		4,2	4,78 - 4,91	0,13
	1,8	8,14 - 8,27	0,13		4,3	4,64 - 4,77	0,13
	1,9	8,00 - 8,13	0,13		4,4	4,50 - 4,63	0,13
	2,0	7,86 - 7,99	0,13	mangelhaft	4,5	4,36 - 4,49	0,13
	2,1	7,72 - 7,85	0,13		4,6	4,22 - 4,35	0,13
	2,2	7,58 - 7,71	0,13		4,7	4,08 - 4,21	0,13
	2,3	7,44 - 7,57	0,13		4,8	3,94 - 4,07	0,13
	2,4	7,30 - 7,43	0,13		4,9	3,80 - 3,93	0,13
2,5	7,16 - 7,29	0,13	5,0		0,00 - 3,79	3,79	
befriedigend	2,6	7,02 - 7,15	0,13				
	2,7	6,88 - 7,01	0,13				
	2,8	6,74 - 6,87	0,13				
	2,9	6,60 - 6,73	0,13				
	3,0	6,46 - 6,59	0,13				
	3,1	6,32 - 6,45	0,13				
	3,2	6,18 - 6,31	0,13				
	3,3	6,04 - 6,17	0,13				
	3,4	5,90 - 6,03	0,13				

**Tabelle 3:** Zuordnungstabelle Skalenwertbereiche (zwei Dezimalstellen) zu Notenwerten (eine Dezimalstelle bzw. Notename) (PTVS, 2008, Anlage 2 bzw. analog PTVA, 2009, Anlage 2). Die Spalte „Intervall“ wurde vom Autor hinzugefügt!

Die Kritikpunkte zur Bewertungssystematik werden im folgenden aufgelistet:

- Pseudogenauigkeit: durch die Angabe von Notenwerten mit zwei Nachkommastellen bei den Skalenwertbereichen in Tabelle 3 und mit einer Nachkommastelle in den zugeordneten Noten wird eine Genauigkeit der Pflegenoten vermittelt, die nicht existiert (vgl. dazu den folgenden Abschnitt „Wann unterscheiden sich Pflegenoten?“) Diese Pseudogenauigkeit hat einen erheblichen Einfluss auf die Interpretationsobjektivität der Daten (s.o.).
- Die Zuordnungstabelle der Skalenwerte zu den Noten (Tabelle 3) ist mit verschiedenen Abständen skaliert, was in der Spalte „Intervall“ zu erkennen ist. Eine Begründung wird hierzu nicht gegeben.
- Die unterschiedliche Intervallbreite zeigt, dass kein Intervallskalenniveau angenommen wird. Noten sind in der Regel auch ordinalskaliert. Diese Tatsache zieht nach sich, dass bestimmte mathematisch-statistische Rechenoperationen wie z.B. die Bildung des arithmetischen Mittels (Mittelwert) nicht zulässig sind. Diese Mittelwertbildung wird aber zum einen bei den bewohnerbezogenen Prüfkriterien (s.o.) zum anderen bei der Berechnung der Bewertung der Qualitätsbereiche sowie bei der Berechnung des Gesamtergebnisses vorgenommen: Pro Qualitätsbereich wird als Bereichsbewertung das arithmetische Mittel der Bewertungen der einzelnen dem Bereich zugeordneten Prüfkriterien berechnet.
- Die Mittelwerte werden sogar über dichotome Kriterien gebildet. Neben der Zulässigkeit muss dazu angemerkt werden: Mittelwertbildung bei Ausreißern (das sind Extremwerte an beiden Enden einer Skala und bei Dichotomie gibt es sowie nur zwei Werte die als Extremwerte) verzerren den mittleren Wert in Richtung der Ausreißer. Bimodale Verteilungen bei dichotomen Kriterien sind zu erwarten: vgl. Evaluation der Transparenzberichte MDS (2010, S. 13, S. 26 ).
- Je kleiner die Stichprobe um so größer die Bedeutung der Ausreißer! Die Stichproben sind bei der vorliegenden Evaluation der Transparenzvereinbarung MDS (2010, S. 13, S. 18ff) klein: Es konnte „bei einer Vielzahl der Kriterien nur eine Person in die Prüfung einbezogen werden“ [statt 5 – 10 oder 10% der Bewohner wie in § 2 in PTVS 2008 gefordert]
- Mittelwerte über gemischt skalierte Prüfkriterien sind ebenfalls kritisch zu bewerten: dichotom benotete Prüfkriterien (Werte 1 oder 5) und mit dem arithmetischen Mittel benotete Prüfkriterien (Werte von 1,0 bis 5,0) werden z.B. im Qualitätsbereich 2 (Umgang mit demenzkranken Bewohnern) oder im Gesamtergebnis zu einem arithmetischen Mittel verarbeitet.

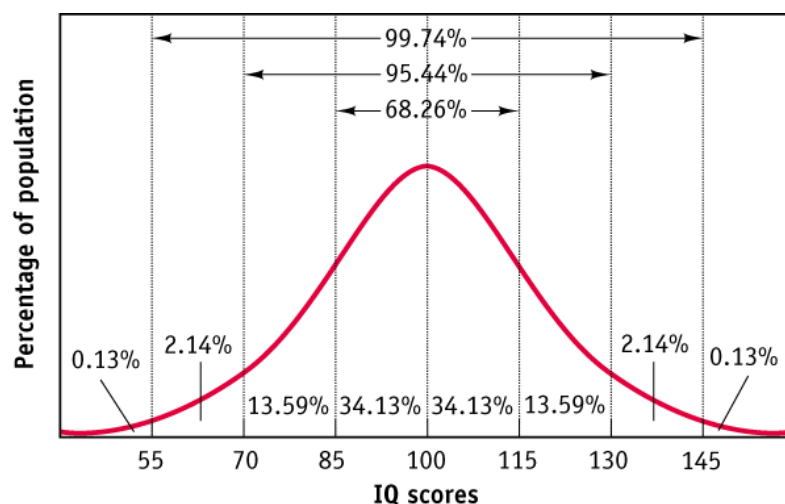
### **Wann unterscheiden sich Pflegenoten?**

Im folgenden wird der Frage nachgegangen, wie stark sich Pflegenoten unterscheiden müssen, um von einem Unterschied ausgehen zu können. Damit soll auf die Einschränkung der Genauigkeit von Pflegenoten hinweisen werden, die bei der Interpretation und bei Vergleichen von Pflegenoten z.B. zwischen Einrichtungen oder im Landesvergleich (Betrachtungsebene Landesdurchschnitt) beachtet werden müsste. Diese Frage soll zunächst an einem Beispiel aus einem anderen Bereich verdeutlicht werden: Messung der Intelligenz durch Intelligenzquotienten.

[Eine notwendige Anmerkung: Messtheoretische Voraussetzung für die folgenden Ausführungen ist das Vorliegen des Intervallskalenniveaus, welches bei der Entwicklung von Intelligenzquotienten meist gut begründet wird und erfüllt ist. Da die Intervallskalengqualität für Pflegenoten weiter oben kritisch bewertet wurde, könnte man nun einwenden, warum man sich mit einer Vorgehensweise beschäftigen sollte, die Intervallskalenniveau voraussetzt. Es soll zunächst nur deutlich gemacht werden, von welchen Faktoren es abhängt, dass sich Werte, die mit einem Messverfahren gewonnen werden, tatsächlich unterscheiden.]

Nun zum Beispiel: In einem Intelligenztest mit der Standardabweichung  $s_x = 15$  habe ein Proband den IQ-Wert 88 ein weiterer Proband den IQ-Wert 96.

Abbildung 2 zeigt die Verteilung von Intelligenzmesswerten: Die mittlere Ausprägung ist IQ = 100. Die Normierung erfolgt über die Standardnormalverteilung mit Mittelwert 100 und Standardabweichung 15, man kann der Abbildung z.B. entnehmen: In der Bevölkerung haben 68,26% einen IQ zwischen 85 und 115.



**Abbildung 2:** Die Verteilung der Intelligenzmesswerte (Intelligenzquotienten)

Die Entscheidung darüber, ob sich die beiden Probanden bzgl. ihrer Intelligenz unterscheiden, ist abhängig von mehreren Faktoren: Folgende Formel beschreibt ausgehend von einem gemessenen IQ eines Probanden, in welchem Vertrauensbereich (auch Konfidenzintervall genannt) sich der wahre Wert der Intelligenz befindet. Da man diese Entscheidung nicht mit Sicherheit treffen kann, wird eine **Irrtumswahrscheinlichkeit** einkalkuliert. Zum anderen geht die Streuung der Messwerte mit ein (hier durch die bekannte **Standardabweichung** des Intelligenztestes). Und als letzter Faktor geht die **Reliabilität** des Intelligenztestes ein. Die genauen Herleitungen können hier nicht dargestellt werden. (vgl. Amelang & Zielinski, 1997, S. 49ff). Die Formel wird hier wiedergegeben und das Beispiel damit zuende geführt:

$$VB = IQ + /- z_{crit} * s_{IQ} * \sqrt{1 - r_{tt}}$$

wobei gilt:

VB = Vertrauensbereich

IQ = der im Test gemessene Intelligenzmesswert

$s_{IQ}$  = Standardabweichung der verwendeten Normskala

$r_{tt}$  = Reliabilität des verwendeten Intelligenztests

$z_{crit}$  = z-Wert entsprechend des gewählten Signifikanzniveaus

$z_{crit}$  = 2.58 für 1% Irrtumswahrscheinlichkeit [99 % Sicherheit]

$z_{crit}$  = 1.96 für 5% Irrtumswahrscheinlichkeit [95 % Sicherheit]

Die Reliabilität dieses Tests wird im Testhandbuch mit  $r_{tt} = 0.91$  angegeben. Zu bestimmen ist der Vertrauensbereich für den IQ = 88 und die Entscheidung soll bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 % bzw. mit einer Sicherheit von 95% gefällt werden.

$$VB = X + /- z_{crit} * s_x * \sqrt{1 - r_{tt}}$$

$$VB = 88 + /- 1.96 * 15 * \sqrt{1 - 0.91}$$

$$VB = 88 + /- 9$$

Der wahre IQ dieses Probanden liegt aufgrund der Meßungenauigkeit des verwendeten Intelligenztests mit einer Sicherheit von 95 % in dem Bereich von 79 bis 97 IQ-Punkten.

Das bedeutet: will man die beiden Probanden miteinander vergleichen, dann unterscheiden sich Ihre Leistungen nicht, wenn der Wert des zweiten Probanden im Bereich 88 +/- 9 liegt. Damit würden Probanden, die Testwerte im Bereich von 79 bis 97 IQ-Punkten erreichen, sich bzgl. ihrer Intelligenz nicht von dem Probanden unterscheiden, der den Testwert 88 erreicht hat.

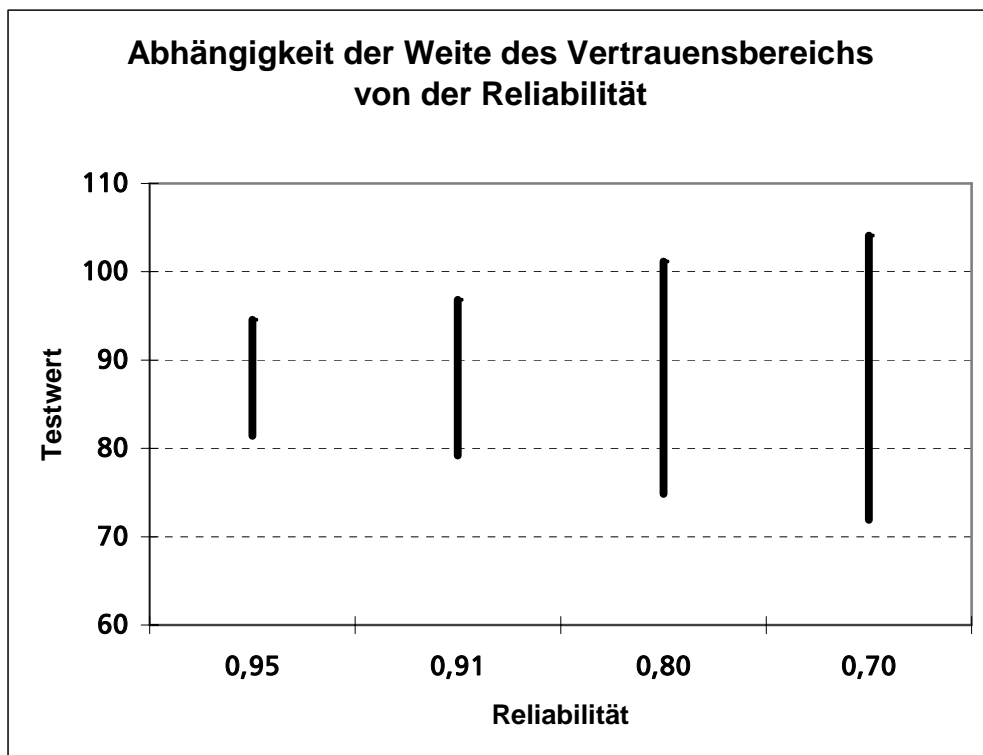
Der zweite Proband hat den IQ-Wert 96 erreicht. Damit unterscheiden sich die beiden Probanden in dem Beispiel bzgl. ihrer Intelligenz (gemessen mit dem angewandten Intelligenztest) nicht.

Übertragen auf die Pflegenoten muss festgestellt werden: Der Unterschied zwischen Pflegenoten ist abhängig von

1. der Reliabilität des Messverfahrens
2. der Sicherheit, mit der man eine Entscheidung treffen möchte
3. der Streuung der Messwerte

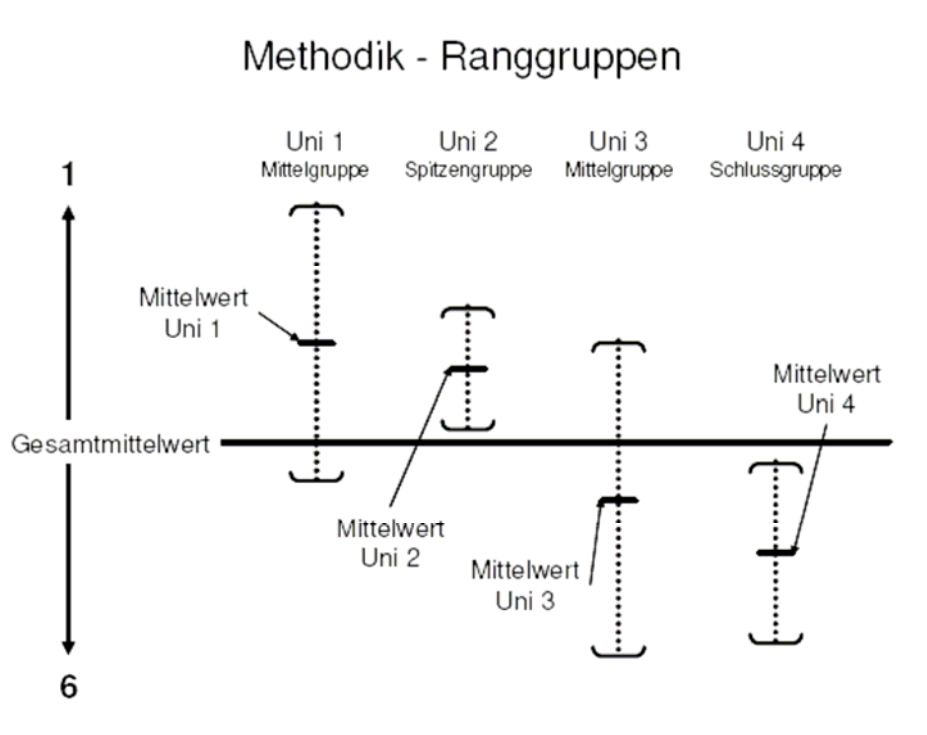
Seriöse Vergleiche zwischen Pflegenoten müssen diese Zusammenhänge einkalkulieren.

In der folgenden Abbildung 3 wird verdeutlicht, wie die Vertrauensbereiche von Messwerten immer größer werden, je niedriger die Reliabilität des Messverfahrens ist:



**Abbildung 3:** Die Abhängigkeit der Weite des Vertrauensbereichs von der Reliabilität (bei konstanter Irrtumswahrscheinlichkeit und Streuung)

Die Nutzung der Vertrauensbereiche zur Rangordnung von Hochschulen wird im CHE-Ranking (CHE, 2009) genutzt und ist in Abbildung 4 dargestellt.



**Abbildung 4:** Ranggruppen auf der Basis von Vertrauensbereichen (CHE, 2009, S. 72)

Die im Landesvergleich befindlichen Hochschulen werden in drei Niveaustufen eingeteilt: Ausgehend vom Gesamtmittelwert (Landesdurchschnitt) werden die Vertrauensbereiche zur

Bildung der Rangordnung genutzt. Die Zuordnung zu den Niveaustufen wird nach folgenden Entscheidungsregeln getroffen:

- Hochschulen, deren Vertrauensbereich ganz über dem Landesdurchschnitt liegt, gehören zur Spitzengruppe.
- Hochschulen, in deren Vertrauensbereich der Landesdurchschnitt liegt, gehören zur Mittelgruppe.
- Hochschulen, deren Vertrauensbereich ganz unter dem Landesdurchschnitt liegt, gehören zur Schlussgruppe.

An dieser Stelle sei noch einmal an die Beschreibung der Zielsetzung zur Etablierung der Pflegenoten erinnert (Kasten 1, S. 6; GKV Spitzenverband, 2010, S. 1). Dort wird eigentlich auch deutlich, dass das Ziel die Beschreibung dreier Qualitätsniveaus ist, nämlich

1. ob die Dienstleister gute pflegerische Arbeit leisten
2. noch Entwicklungspotenzial haben oder
3. Missstände abstellen müssen

und nicht differenzierte Pflegenoten mit ein oder zwei Nachkommastellen.

### **Gleichgewichtung der Kriterien - Existenz besonders relevanter Kriterien!**

Im Abschlussbericht zur Evaluation der Transparenzvereinbarung (MDS, 2010, S. 14) wird ein Vorgehen beschrieben, welches die in der Bewertungssystematik vorgenommene Gleichgewichtung der Prüfkriterien bei der Ermittlung der Noten der Qualitätsbereiche in Frage stellt: „Auf der Grundlage pflegfachlicher und medizinischer Überlegungen und vorangegangener Erfahrungen wurden aus den Transparenzkriterien besonders relevante Kriterien ausgewählt und die Benotung dieser Kriterien in Zusammenhang mit der entsprechenden Bereichsbewertung und dem rechnerischen Gesamtergebnis gebracht.“ Wenn es unter den Prüfkriterien besonders relevante gibt,

ist dann noch eine Gleichgewichtung der Kriterien bei der Mittelwertbildung sinnvoll? Ist es dann nicht auch sinnvoll, Verfahren wie die Regressionsanalyse zu nutzen, um (auch hier wieder wegen fehlender Intervallskalenqualität eher explorativ!) Gewichtungsfaktoren für die Prüfkriterien pro Qualitätsbereich zu gewinnen?

### **Stichprobenziehung**

Nach der PTVS (2008, § 2) werden die in die Prüfung einzubeziehenden Bewohner der stationären Pflegeeinrichtung entsprechend der Verteilung der Pflegestufen in der Einrichtung und innerhalb der Pflegestufen zufällig ausgewählt. Es werden 10 v. H. der Bewohner, jedoch mindestens fünf und höchstens 15 Bewohner in die Prüfung einbezogen. Wie schon weiter oben erwähnt basieren die Pflegenoten in bewohnerbezogenen Bewertungen laut Abschlussbericht zur Evaluation der Transparenzberichte (MDS, 2010, S. 13, S. 18ff) in relevanten Bereichen auf zu kleinen Fallzahlen. Das hat Folgen z.B. wegen der ungenauer werdenden Schätzungen der wahren Werte der einzelnen bewohnerbezogenen Prüfkriterien und wegen der noch höheren Anfälligkeit dieser Schätzungen gegenüber Ausreißerwerten (s.o. bei Kritikpunkten zur Bewertungssystematik).

## Fazit

Es werden nun die wesentlichen Kritikpunkte zusammenfassend aufgelistet

- Die flächendeckende Einführung eines fragwürdigen Bewertungssystems ohne Pretest entspricht nicht guter wissenschaftlicher Praxis.
- Zum Verfahren werden keine Hinweise auf die Erfüllung von Gütekriterien gegeben:  
Insbesondere fehlen
  - Angaben zur Validität und Pflegesensitivität  
Die flächendeckende Einführung eines Bewertungssystems in dem Wissen, dass es derzeit keine pflegewissenschaftlich gesicherten Erkenntnisse über valide Indikatoren der Ergebnis- und Lebensqualität der pflegerischen Versorgung in Deutschland gibt ist nicht nachvollziehbar!
  - Angaben zur Objektivität
  - Angaben zur Reliabilität

In diesen Punkten sind die Pflege-Transparenzvereinbarungen intransparent.

- Die Bewertungssystematik ist fragwürdig in Bezug auf
  - Messtheoretische Grundlagen (Pseudogenauigkeit – Intervallskalenqualität)
  - Mittelwertbildung wegen Verstoß gegen Intervallskalenqualität
  - Mittelwertbildung über dichotome Prüfkriterien
  - Mittelwertbildung über gemischt skalierte Prüfkriterien
  - Vergleich von Pflegenoten - Wann unterscheiden sich Pflegenoten
  - Gleichgewichtung der Kriterien – trotz Existenz besonders relevanter Kriterien
  - kritische Indexbildung (Bedeutung des Gesamtergebnisses)
  - Stichprobenziehung



## Empfehlungen

Die oben zusammengestellten Kritikpunkte machen deutlich, dass das Verfahren der Pflege-Transparenzberichte erheblichen Verbesserungsbedarf hat. Aus diesem Grunde werden folgende Empfehlungen gegeben:

- Aussetzen des Verfahrens (nach der ersten Runde)!
- Eher Reengineering als Nachbesserung des Verfahrens
- Entwicklung pflegesensitiver Prüfkriterien. Dazu Ergebnisse des Projektes „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ abwarten und einbeziehen
- Ergebnisse der externen Evaluation der Transparenzberichte durch Prof. Dr. Hasseler & Prof. Dr. Wolf-Ostermann abwarten und einbeziehen
- Unabhängige Untersuchungen zur Ermittlung von Objektivität und Reliabilität durchführen, um Informationen zur Messgenauigkeit des Verfahrens zu erhalten (Messung der Begutachterübereinstimmung; Reliabilitätsanalyse!)
- Qualitätssicherung der Prüfer
- Validierung an einem Außenkriterium (z.B. unabhängiges Expertenurteil)
- Empirisch und pflegewissenschaftlich begründete Gewichtung der Kriterien
- Vorziehen eines Profil-orientiertes gegenüber einem index-orientierten Verfahren (multifaktorielle Bedingtheit von Pflegequalität!)
- Messtheoretisch: Ordinalskalen angemessener als Intervallskalenorientiertes Verfahren
- Niveaustufen bzw. Methodik der Ranggruppen (mittel Vertrauensbereichen) prüfen
- Stichprobenziehung überdenken, um insbesondere eine Stichprobenausschöpfung in Bezug auf relevante Prüfkriterien zu erreichen. Dazu Anlehnung an das Konzept von Tracerdiagnosen prüfen.
- Aussagekräftiger Pretest vor flächendeckender Einführung einer Veränderung
- Konzept zur Vermittlung von Interpretationskompetenz entwickeln!
- Erforderlich ist sicher auch eine Prüfung, in wie weit z.B. eine sehr unterschiedliche Bewohnerstruktur eine Adjustierung der Pflegenoten notwendig macht, um Vergleiche zwischen einzelnen Einrichtungen oder im Landesvergleich richtig beurteilen zu können.
- Der Politik, den Vertragspartnern und der Öffentlichkeit deutlich machen, dass man mit unzureichend entwickelten Verfahren der Qualitätsdebatte (und dem Personal) eher schadet als nützt

## Quellenverzeichnis

- Amelang, M. & Zielinski, W. (1997). Psychologische Diagnostik und Intervention. (2. korrigierte, aktualisierte und überarbeitete Auflage). Berlin: Springer.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). Evaluation und Forschungsmethoden. (4. überarbeitete Auflage). Berlin: Springer.
- BUKO-QS [Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e.V.] (2008). Qualitätsniveau I. Mobilität und Sicherheit bei Menschen mit demenziellen Einschränkungen in stationären Einrichtungen. Heidelberg: Economia.
- BUKO-QS [Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e.V.] (2008). Qualitätsniveau II. Orale Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung von Menschen in Einrichtungen der Pflege und Betreuung. Heidelberg: Economia.
- CHE (2009). CHE-Hochschulranking. Vorgehensweise und Indikatoren. Gütersloh: Centrum für Hochschulentwicklung.  
[http://www.che.de/downloads/CHE\\_AP119\\_Methode\\_Hochschulranking\\_2009.pdf](http://www.che.de/downloads/CHE_AP119_Methode_Hochschulranking_2009.pdf) [Abruf: 15.04.2010].
- de Vries, B. (2010). Am Ziel vorbei. Die Entwicklung von Transparenzberichten für die Altenpflege. DEVAP impuls 1/10 S. 3 – 5. [http://www.devap.de/fileadmin/user\\_upload/dateien/devap\\_impuls/devap\\_impuls\\_1\\_10web.pdf](http://www.devap.de/fileadmin/user_upload/dateien/devap_impuls/devap_impuls_1_10web.pdf) [Abruf: 15.04.2010].
- GKV Spitzenverband (2010). Fragen und Antworten zu den Pflegenoten. [http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/FragenAntworten\\_Pflegenoten\\_090310\\_12363.pdf](http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/FragenAntworten_Pflegenoten_090310_12363.pdf) [Abruf: 15.04.2010].
- ICN (2010). Nursing Sensitive Outcome Indicators. Nursing Matters Fact Sheet. [http://www.icn.ch/matters\\_indicators.htm](http://www.icn.ch/matters_indicators.htm) [Abruf: 15.04.2010].
- KTQ (2010). Antrag zur Akkreditierung als KTQ-Visitor®. <http://www.ktq.de/fileadmin/media/intern/Akkreditierungsantrag%20KTQ-Visitor%20V6E.pdf> [Abruf: 15.04.2010].
- MDS (2010). Evaluation der Transparenzvereinbarungen. Abschlussbericht Quantitative und qualitative Auswertung der Transparenzerggebnisse der Medizinischen Dienste für die stationäre und ambulante Pflege. [http://www.mds-ev.org/media/pdf/100216\\_Abschlussbericht\\_Transparenz\\_FINAL.pdf](http://www.mds-ev.org/media/pdf/100216_Abschlussbericht_Transparenz_FINAL.pdf) [Abruf: 15.04.2010]
- Nakrem, S., Guttormsen Vinsnes, A., Harkless, G.E., Paulsen, B. & Seim, A. (2009). Nursing sensitive quality indicators for nursing home care: International review of literature, policy and practice. *International Journal of Nursing Studies* 46, 848-857.

PTVA (2009). Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowie gleichwertiger Prüfergebnisse von ambulanten Pflegediensten- Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA)- vom 29. Januar 2009. [http://www.pflegenoten.de/Vereinbarung\\_Dienste.gkvnet](http://www.pflegenoten.de/Vereinbarung_Dienste.gkvnet) [Abruf: 15.04.2010].

PTVS (2008). Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowie gleichwertiger Prüfergebnisse in der stationären Pflege - Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS)- vom 17. Dezember 2008. [http://www.pflegenoten.de/Vereinbarung\\_Pflegeheime.gkvnet](http://www.pflegenoten.de/Vereinbarung_Pflegeheime.gkvnet) [Abruf: 15.04.2010].

Schönlau, K. (2010). Transparenzberichte in der Praxis. Beitrag für den teilstationären und stationären Bereich. Vortragsmanuskript zur Fachtagung „Schaffen Pflegenoten Transparent?“ der Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe e.V. in Bochum am 15.04.2010.

# **Gesetzentwurf**

## **der Bundesregierung**

### **Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze**

#### **A. Problem und Ziel**

In Deutschland erkranken jährlich ca. 400.000 bis 600.000 Patientinnen und Patienten an Krankenhausinfektionen und schätzungsweise zwischen 7.500 bis 15.000 sterben daran. Ein Teil der Infektionen und Todesfälle ist durch geeignete Präventionsmaßnahmen vermeidbar.

Viele der im Krankenhaus - aber auch zunehmend der ambulant - erworbenen Infektionen werden durch resistente Erreger verursacht, die schwieriger zu therapieren sind und so zu verlängerter Behandlungsdauer, erhöhter Letalität und höheren Behandlungskosten führen. Die Zunahme antimikrobieller Resistenzen bei bestimmten, insbesondere „behandlungsassoziierten“ (nosokomialen) Krankheitserregern vor dem Hintergrund der steigenden Zahl älterer Menschen, die medizinische Maßnahmen in Anspruch nehmen, ist in Deutschland eine große Herausforderung. Die multiresistenten Erreger nehmen nicht nur zahlenmäßig zu, sondern sie stellen die Medizin auch vor immer größere therapeutische Herausforderungen, weil es immer weniger Therapieoptionen gibt und Erreger praktisch unbehandelbar werden.

Die Zahl der nosokomialen Infektionen, insbesondere mit resistenten Erregern, soll u. a. durch bessere Einhaltung von Hygieneregeln und eine sachgerechte Verordnung von Antibiotika sowie die Berücksichtigung von sektorenübergreifenden Präventionsansätzen gesenkt werden. Qualität und Transparenz der Hygiene in medizinischen Einrichtungen sollen gestärkt werden.

#### **B. Lösung**

Notwendig ist - angepasst an die örtlichen Verhältnisse - eine verstärkte Durchsetzung krankenhaushygienischer Erfordernisse und Kontrollmaßnahmen. Sieben Länder haben bisher im Anwendungsbereich ihrer Krankenhausgesetzgebung Krankenhaushygieneverordnungen erlassen. Im Infektionsschutzgesetz (IfSG) werden die Länder zum Erlass der erforderlichen Landesverordnungen verpflichtet, die alle relevanten Einrichtungen erfassen.

Die Verantwortung der Leiterinnen und Leiter von Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen und die rechtliche Bedeutung der Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) sowie der neuen Kommission Antinfektiva, Resistenz und Therapie (Kommission ART) beim Robert Koch-Institut werden gesetzlich geregelt.

Die verordnenden Ärztinnen und Ärzte benötigen klare Empfehlungen zum fachgerechten Einsatz von Diagnostika und Antiinfektiva bei der Therapie resistenter Infektionserreger. Zur Erstellung solcher Empfehlungen wird beim Robert Koch-Institut die Kommission ART eingerichtet.

In der vertragsärztlichen Versorgung wird eine Vergütungsregelung für die ambulante Therapie (Sanierung) von mit Methicillin-resistentem *Staphylococcus aureus* (MRSA) besiedelten und infizierten Patientinnen und Patienten sowie für die diagnostische Untersuchung von Risikopatientinnen und -patienten geschaffen. Bei erfolgreicher Umsetzung wird mittelfristig auch eine Reduzierung der MRSA-Besiedlung in Heimen erwartet.

Der Gemeinsame Bundesausschuss wird verpflichtet, in seinen Richtlinien zur Qualitätssicherung geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Hygienequalität insbesondere auf der Basis von Indikatoren zu bestimmen und die Ergebnisse für die Öffentlichkeit in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser transparent zu machen.

Neben den Maßnahmen zur Verbesserung der Hygiene werden insbesondere folgende weitere Regelungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung und im Bereich der sozialen Pflegeversicherung aufgenommen:

- Das Konzept der Weiterleitungsstellen ist im Hinblick auf die neue Finanzstruktur der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem GKV-Finanzierungsgesetz nicht mehr erforderlich. Die zum 1. Januar 2012 vorgesehene Errichtung von Weiterleitungsstellen soll deshalb nicht erfolgen. Deshalb werden die diesbezüglichen Regelungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes aufgehoben.
- Mit der Einführung eines Schiedsverfahrens zu den Vergütungsverträgen zwischen den Krankenkassen und stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen wird ein geeignetes Instrument zur Schlichtung von Konflikten der Vertragspartner in Bezug auf die Höhe der Vergütung für stationäre medizinische Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen geschaffen.
- Mit der Einführung einer Schiedsstellenlösung bei der Weiterentwicklung der Pflege-Transparenzvereinbarungen wird dauerhaft ein Konfliktlösungsmechanismus zur Klärung von Streitpunkten eingerichtet, die zwischen den Vereinbarungspartnern auf dem Verhandlungsweg nicht zu lösen sind.
- Hinsichtlich der Beteiligung der privaten Pflegeversicherung an Qualitätsprüfungen in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen wird verbindlich geregelt, dass die Landesverbände der Pflegekassen dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. Prüfaufträge im Umfang von zehn Prozent aller Prüfaufträge zuzuweisen haben.

## **C. Alternativen**

Mit der Deutschen Antibiotika-Resistenzstrategie (DART) setzt die Bundesregierung seit 2008 ein Konzept zur Eindämmung antimikrobieller Resistenzen im human- und veterinärmedizinischen Bereich um. Die DART definiert Ziele und Aktionen zur Antibiotika-Resistenzbekämpfung, die bis 2013 schrittweise umgesetzt werden. Die vorliegenden Gesetzesänderungen berücksichtigen diese Problematik noch stärker und unterstützen damit auch die Umsetzung der DART.

## **D. Finanzielle Auswirkungen auf die öffentlichen Haushalte**

Die Maßnahmen dieses Gesetzes sind mit finanziellen Auswirkungen für die gesetzliche Krankenversicherung verbunden. Weitere finanzielle Auswirkungen ergeben sich für Bund und Länder.

## 1. Haushaltsausgaben ohne Vollzugaufwand

Keine.

## 2. Haushaltsausgaben mit Vollzugaufwand

### a) Bund

Dem Bund entsteht zusätzlicher Vollzugaufwand durch die Einrichtung und den Betrieb der Kommission ART und dem höheren Anspruch an die Empfehlungen der KRINKO. Damit die Empfehlungen der KRINKO und der Kommission ART dem Anspruch gerecht werden können, grundsätzlich dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft zu entsprechen, müssen neue Empfehlungen zeitgerecht erarbeitet und existierende Empfehlungen regelmäßig angepasst werden. Allein von den ehrenamtlich tätigen Mitgliedern der Kommission kann das nicht geleistet werden. Um die Kommission ART einzurichten, um den detaillierten und modernen Anforderungen an eine genügende wissenschaftliche Vorbereitung der Empfehlungsvorhaben der Kommissionen gerecht zu werden und um die Verabschiedung von neuen Empfehlungen zu beschleunigen, sind bei den Geschäftsstellen Sachmittel und fünf medizinische Dokumentarinnen und Dokumentare, eine Epidemiologin oder ein Epidemiologe, sieben Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler und eine Statistikerin oder ein Statistiker erforderlich (insgesamt 978.000 Euro; 833.000 Euro Personalmittel und 145.000 Euro Sachmittel pro Jahr). Der Mehrbedarf an Sach- und Personalmitteln soll finanziell und stellenmäßig im Einzelplan 15 ausgeglichen werden.

### b) Länder

Den Ländern entsteht zusätzlicher Vollzugaufwand im Rahmen der Verordnungsgebung nach § 23 Absatz 8 IfSG.

Die Mehrkosten für die Länder durch die Einführung einer Schiedsstellenregelung gemäß den §§ 111 und 111b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zu den zweiseitigen Vergütungsverträgen zwischen Krankenkassen und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sind nicht quantifizierbar.

### c) Gesetzliche Krankenversicherung

Durch Verbesserungen im Infektionsschutz können 20 bis 30 Prozent der geschätzten 400.000 bis 600.000 Krankenhausinfektionen und daraus resultierende Behandlungskosten vermieden werden (Quelle: P. Gastmeier, F. Brunkhorst, M. Schrappe, W. Kern, C. Geffers. Wie viele nosokomiale Infektionen sind vermeidbar? Dtsch Med Wochenschr 2010; 135:91-93.). Für die gesetzliche Krankenversicherung können dadurch - ebenso wie für die anderen Kostenträger (Private Krankenversicherung, Beihilfe, Gesetzliche Unfallversicherung) - Minderausgaben entstehen, die nicht exakt quantifizierbar sind. Je 10.000 vermiedene Behandlungsfälle ergeben sich auf der Basis durchschnittlicher Behandlungskosten in Krankenhäusern von rund 3.800 Euro je Behandlungsfall Minderausgaben von fast 40 Millionen Euro.

Eine automatische Übertragung personeller und sächlicher Mehraufwendungen durch verbesserte Infektionsschutzmaßnahmen auf die Vergütung von Krankenhausleistungen ist in den gesetzlichen Regelungen nicht vorgesehen. Selbst wenn es aufgrund zusätzlicher Kosten der Krankenhäuser für verbesserten Infektionsschutz oder durch Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Hygiene zu einer geringen Steigerung des Preisniveaus für akutstationäre Krankenhausleistungen käme, führen vermiedene Infekti-

onen in diesen Fällen zu weniger teuren Krankenhausbehandlungen, die über das System der Vergütung von Krankenhausleistungen erhebliche Entlastungen der Krankenkassen und der übrigen Kostenträger zur Folge haben.

Kosten für die gesetzliche Krankenversicherung aufgrund der Änderung von § 87 Absatz 2a und Absatz 2d SGB V sind derzeit allenfalls sehr grob - ausgehend von einer Hochrechnung auf der Basis der dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zur Verfügung gestellten Auswertungsergebnisse des Modellprojektes EUREGIO-MRSA Twente/Münsterland - zu quantifizieren. Demnach ergäben sich Kosten für die MRSA-Diagnostik und MRSA-Eradikationstherapie in Höhe von jährlich rund 2,5 Millionen Euro. Solchen Mehrausgaben standen auf Basis des Modellprojektes deutlich höhere Minder Ausgaben gegenüber.

Die Kosten, die den gesetzlichen Krankenkassen aufgrund der Änderung von § 137 SGB V mittelbar durch die vom Gemeinsamen Bundesausschuss festzulegenden Anforderungen zur Sicherung der Hygiene in der medizinischen Versorgung entstehen, lassen sich wegen des nicht feststehenden Regelungsumfanges noch nicht quantifizieren. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat bei der Gestaltung der Anforderungen an die Qualitätssicherung im Bereich der Hygiene - wie bei allen Richtlinienentscheidungen - nach § 92 Absatz 1 Satz 1 SGB V das Gebot der Wirtschaftlichkeit zu beachten und nur die zur Sicherung einer ausreichenden und zweckmäßigen medizinischen Versorgung notwendigen Maßnahmen zu treffen. Seine Zusammensetzung ist auf einen Interessenausgleich zwischen den Selbstverwaltungsparteien ausgerichtet und bietet Gewähr dafür, dass insbesondere die Kassenseite auch das Interesse an der Vermeidung von Kostenbelastungen der gesetzlichen Krankenversicherung verfolgt.

## **E. Sonstige Kosten**

Kosten für die Wirtschaft können bei den in § 23 Absatz 3 IfSG genannten Einrichtungen entstehen, soweit diese bislang nicht die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen Präventionsmaßnahmen getroffen haben. Es fallen vor allem zusätzliche Personalkosten in den 1.780 akutstationären Krankenhäusern an. Die Schätzung der Mehrkosten basiert auf Angaben der KRINKO und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG). Sie berücksichtigt, dass bereits in sieben Bundesländern landesrechtliche Regelungen in Krankenhaushygieneverordnungen vorhanden sind und sich insoweit durch die geplante bundesgesetzliche Regelung keine zusätzlichen Anforderungen ergeben. Die voraussichtlichen Mehrausgaben infolge dieses Gesetzes in den Ländern ohne geltende Krankenhaushygieneverordnung für etwa 340 Krankenhaushygienikerinnen und -hygieniker, etwa 413 Hygienefachkräfte und Beauftragungen von Ärztinnen und Ärzten mit Hygieneaufgaben im Umfang von etwa 71 Stellen belaufen sich auf ca. 76 Millionen Euro. Die durch die Schaffung neuer Personalstellen in Krankenhäusern entstehenden Kosten werden voraussichtlich aber durch verminderten Aufwand aufgrund der bezweckten Vermeidung von Infektionen kompensiert; eine genaue Quantifizierung der zu erwartenden Aufwandsminderung ist jedoch nicht möglich.

Soweit der Gemeinsame Bundesausschuss verpflichtende Anforderungen gemäß Änderung zu § 137 SGB V zur Sicherung der Hygiene in medizinischen Einrichtungen beschließt, können in Arztpraxen und Krankenhäusern Kosten für deren Umsetzung entstehen. Diese können aufgrund der Gestaltungshoheit des Gemeinsamen Bundesausschusses aber noch nicht beziffert werden. Dem stehen jedoch Einsparungen durch eine Verbesserung der hygienischen Versorgung, durch die Reduzierung von Komplikationen sowie durch die Vermeidung von hohen Folgekosten gegenüber.

Größere Auswirkungen auf die Einzelpreise der medizinischen Dienstleistungen oder Auswirkungen auf das Preisniveau, insbesondere das Verbraucherpreisniveau sind nicht zu erwarten.

## **F. Bürokratiekosten**

Es wird eine jährliche Informationspflicht für 2.083 Unternehmen ausgebaut mit erwarteten Mehrkosten in Höhe von ca. 3,1 Millionen Euro.

Es wird eine etwa vierteljährliche Informationspflicht für 2.500 Unternehmen eingeführt mit erwarteten Mehrkosten in Höhe von 54.000 Euro.

Es wird eine Informationspflicht für 450 Verwaltungsbehörden eingeführt mit geringfügigen Mehrkosten.



# Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze

Vom ...

Der Bundestag hat das folgende Gesetz beschlossen:

## Artikel 1

### Änderung des Infektionsschutzgesetzes

Das Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 2a des Gesetzes vom 17. Juli 2009 (BGBl. I S. 2091) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. In der Inhaltsübersicht wird die Angabe zu § 23 wie folgt gefasst:  
„§ 23 Nosokomiale Infektionen; Resistenzen; Rechtsverordnungen durch die Länder“.
2. In § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe b wird die Angabe „§ 23 Abs. 1“ durch die Angabe „§ 23 Absatz 4“ ersetzt.
3. In § 6 Absatz 3 Satz 2 werden die Wörter „§ 10 Abs. 1 Satz 3, Abs. 3 und 4 Satz 3“ durch die Angabe „§ 10 Absatz 6“ ersetzt.
4. In § 9 Absatz 1 Satz 1 Nummer 5 werden nach den Wörtern „im Sinne des“ die Wörter „§ 23 Absatz 5 oder 6 oder“ eingefügt.
5. § 10 wird wie folgt geändert:
  - a) Absatz 1 Satz 3 wird aufgehoben.
  - b) Absatz 4 Satz 3 wird aufgehoben.
  - c) Folgender Absatz 6 wird angefügt:

„(6) Die nichtnamentliche Meldung nach § 6 Absatz 3 muss die Angaben nach Absatz 1 Nummer 5, 9 und 11, Monat und Jahr der einzelnen Diagnosen sowie Name und Anschrift der betroffenen Einrichtung enthalten. Absatz 3 ist anzuwenden. § 9 Absatz 3 Satz 1 bis 3 gilt entsprechend.“
6. § 11 wird wie folgt geändert:
  - a) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 2 eingefügt:

„(2) Ein dem Gesundheitsamt nach § 6 Absatz 3 als Ausbruch gemeldetes gehäuftes Auftreten nosokomialer Infektionen ist vom Gesundheitsamt spätestens am dritten Arbeitstag der folgenden Woche an die zuständige Landesbehörde sowie von dort innerhalb einer Woche an das Robert Koch-Institut ausschließlich mit folgenden Angaben zu übermitteln:

    1. zuständiges Gesundheitsamt,
    2. Monat und Jahr der einzelnen Diagnosen,

3. Untersuchungsbefund,
  4. wahrscheinlicher Infektionsweg, wahrscheinliches Infektionsrisiko,
  5. Zahl der betroffenen Patienten.“
- b) Die bisherigen Absätze 2 und 3 werden Absätze 3 und 4.
7. In § 12 Absatz 2 wird die Angabe „§ 11 Abs. 3“ durch die Angabe „§ 11 Absatz 4“ ersetzt.
  8. § 23 wird wie folgt gefasst:

### „§ 23

#### **Nosokomiale Infektionen; Resistenzen; Rechtsverordnungen durch die Länder**

(1) Beim Robert Koch-Institut wird eine Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention eingerichtet. Die Kommission gibt sich eine Geschäftsordnung, die der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit bedarf. Die Kommission erstellt Empfehlungen zur Prävention nosokomialer Infektionen sowie zu betrieblich-organisatorischen und baulich-funktionellen Maßnahmen der Hygiene in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen. Die Empfehlungen der Kommission werden vom Robert Koch-Institut veröffentlicht. Die Mitglieder der Kommission werden vom Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit den obersten Landesgesundheitsbehörden berufen. Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit, der obersten Landesgesundheitsbehörden und des Robert Koch-Institutes nehmen mit beratender Stimme an den Sitzungen teil.

(2) Beim Robert Koch-Institut wird eine Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie eingerichtet. Die Kommission gibt sich eine Geschäftsordnung, die der Zustimmung des Bundesministeriums für Gesundheit bedarf. Die Kommission erstellt Empfehlungen mit allgemeinen Grundsätzen für Diagnostik und antimikrobielle Therapie, insbesondere bei Infektionen mit resistenten Krankheitserregern. Die Empfehlungen der Kommission werden vom Robert Koch-Institut veröffentlicht. Die Mitglieder der Kommission werden vom Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit den obersten Landesgesundheitsbehörden berufen. Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit, der obersten Landesgesundheitsbehörden, des Robert Koch-Institutes und des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte nehmen mit beratender Stimme an den Sitzungen teil.

(3) Die Leiter von Krankenhäusern, Einrichtungen für ambulantes Operieren, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt, Dialyseeinrichtungen, Tageskliniken, Entbindungseinrichtungen, vergleichbaren Behandlungs- oder Versorgungseinrichtungen, Arztpraxen, Zahnarztpraxen und Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe haben sicherzustellen, dass die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen Maßnahmen getroffen werden, um nosokomiale Infektionen zu verhüten und die Weiterverbreitung von Krankheitserregern, insbesondere solcher mit Resistenzen, zu vermeiden. Die Einhaltung des Standes der medizinischen Wissenschaft auf diesem Gebiet wird vermutet, wenn jeweils die veröffentlichten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut und der Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie beim Robert Koch-Institut beachtet worden sind.

(4) Die Leiter von Krankenhäusern und von Einrichtungen für ambulantes Operieren haben sicherzustellen, dass die vom Robert Koch-Institut nach § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe b festgelegten nosokomialen Infektionen und das Auftreten von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen fortlaufend in einer gesonderten Niederschrift aufgezeichnet, bewertet und sachgerechte Schlussfolgerungen hinsichtlich erforderlicher Präventionsmaßnahmen gezogen werden. Die erforderlichen Präventionsmaßnahmen sind dem Personal mitzuteilen und umzusetzen. Die Aufzeichnungen nach Satz 1 sind zehn Jahre nach deren Anfertigung aufzubewahren. Dem zuständigen Gesundheitsamt ist auf Verlangen Einsicht in die Aufzeichnungen, Bewertungen und Schlussfolgerungen zu gewähren.

(5) Die Leiter von Krankenhäusern, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, Einrichtungen für ambulantes Operieren, Dialyseeinrichtungen, Tageskliniken, Entbindungseinrichtungen und vergleichbaren Behandlungs- oder Versorgungseinrichtungen haben sicherzustellen, dass innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene in Hygieneplänen festgelegt sind. Die genannten Einrichtungen unterliegen der infektionshygienischen Überwachung durch das Gesundheitsamt.

(6) Arztpraxen sowie Zahnarztpraxen und Praxen sonstiger humanmedizinischer Heilberufe, in denen invasive Eingriffe vorgenommen werden, können durch das Gesundheitsamt infektionshygienisch überwacht werden.

(7) Die mit der Überwachung beauftragten Personen sind befugt, zu Betriebs- und Geschäftszeiten Betriebsgrundstücke, Geschäfts- und Betriebsräume, zum Betrieb gehörende Anlagen und Einrichtungen sowie Verkehrsmittel zu betreten, zu besichtigen sowie in die Bücher oder sonstigen Unterlagen Einsicht zu nehmen, und hieraus Abschriften, Ablichtungen oder Auszüge anzufertigen sowie sonstige Gegenstände zu untersuchen oder Proben zur Untersuchung zu fordern oder zu entnehmen, soweit dies zur Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich ist. § 16 Absatz 2 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend.

(8) Die Landesregierungen haben durch Rechtsverordnung für Krankenhäuser, Einrichtungen für ambulantes Operieren, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt, sowie für Dialyseeinrichtungen und Tageskliniken die jeweils erforderlichen Maßnahmen zur Verhütung, Erkennung, Erfassung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und Krankheitserregern mit Resistenzen zu regeln. Dabei sind insbesondere Regelungen zu treffen über

1. hygienische Mindestanforderungen an Bau, Ausstattung und Betrieb der Einrichtungen,
2. Bestellung, Aufgaben und Zusammensetzung einer Hygienekommission,
3. die erforderliche personelle Ausstattung mit Hygienefachkräften und Krankenhaushygienikern und Bestellung von Hygienebeauftragten,
4. Aufgaben und Anforderungen an Fort- und Weiterbildung der in der Einrichtung erforderlichen Hygienebeauftragten, Hygienefachkräfte und Krankenhaushygieniker,
5. die erforderliche Qualifikation und Schulung des Personals hinsichtlich der Infektionsprävention,
6. Strukturen und Methoden zur Erkennung von nosokomialen Infektionen und resistenten Erregern und zur Erfassung im Rahmen der ärztlichen und pflegerischen Dokumentationspflicht,

7. die zur Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben erforderliche Einsichtnahme der in Nummer 4 genannten Personen in Akten der jeweiligen Einrichtung einschließlich der Patientenakten,
8. die Information des Personals über Maßnahmen, die zur Verhütung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und Krankheitserregern mit Resistenzen erforderlich sind,
9. die klinisch-mikrobiologisch und klinisch-pharmazeutische Beratung des ärztlichen Personals,
10. die Information von aufnehmenden Einrichtungen und niedergelassenen Ärzten bei der Verlegung, Überweisung oder Entlassung von Patienten über Maßnahmen, die zur Verhütung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und von Krankheitserregern mit Resistenzen erforderlich sind.

Die Landesregierungen können die Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf andere Stellen übertragen.“

9. In § 29 Absatz 2 Satz 4 werden nach der Angabe „§ 36 Abs. 1“ die Wörter „oder § 23 Absatz 5“ eingefügt.
10. § 36 wird wie folgt geändert:
  - a) Die Absätze 1 bis 3 werden wie folgt gefasst:

„(1) Folgende Einrichtungen legen in Hygieneplänen innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene fest und unterliegen der infektionshygienischen Überwachung durch das Gesundheitsamt:

1. die in § 33 genannten Gemeinschaftseinrichtungen,
2. Einrichtungen nach § 1 Absatz 1 bis 5 des Heimgesetzes und vergleichbare Betreuungs- oder Versorgungseinrichtungen,
3. Obdachlosenunterkünfte,
4. Gemeinschaftsunterkünfte für Asylbewerber, Spätaussiedler und Flüchtlinge,
5. sonstige Massenunterkünfte und
6. Justizvollzugsanstalten.

(2) Einrichtungen und Gewerbe, bei denen die Möglichkeit besteht, dass durch Tätigkeiten am Menschen durch Blut Krankheitserreger übertragen werden, können durch das Gesundheitsamt infektionshygienisch überwacht werden.

(3) Die mit der Überwachung beauftragten Personen sind befugt, zu Betriebs- und Geschäftszeiten Betriebsgrundstücke, Geschäfts- und Betriebsräume, zum Betrieb gehörende Anlagen und Einrichtungen sowie Verkehrsmittel zu betreten, zu besichtigen sowie in die Bücher oder sonstigen Unterlagen Einsicht zu nehmen, und hieraus Abschriften, Ablichtungen oder Auszüge anzufertigen sowie sonstige Gegenstände zu untersuchen oder Proben zur Untersuchung zu fordern oder zu entnehmen, soweit dies zur Erfüllung ihrer Aufgaben erforderlich ist. § 16 Absatz 2 Satz 2 bis 4 gilt entsprechend.“

- b) In Absatz 5 werden die Wörter „der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Abs. 1 Grundgesetz) sowie“ gestrichen.

11. § 73 wird wie folgt geändert:

- a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:

aa) Nummer 9 wird wie folgt gefasst:

„9. entgegen § 23 Absatz 4 Satz 1 oder 2 nicht sicherstellt, dass die dort genannten Infektionen und das Auftreten von Krankheitserregern aufgezeichnet oder die Präventionsmaßnahmen mitgeteilt oder umgesetzt werden,“

bb) Nach Nummer 9 wird folgende Nummer 9a eingefügt:

„9a. entgegen § 23 Absatz 4 Satz 3 eine Aufzeichnung nicht oder nicht mindestens zehn Jahre aufbewahrt,“

cc) In Nummer 10 wird die Angabe „§ 23 Abs. 1 Satz 3“ durch die Angabe „§ 23 Absatz 4 Satz 4“ ersetzt.

dd) Nach Nummer 10 wird folgende Nummer 10a eingefügt:

„10a. entgegen § 23 Absatz 5 Satz 1 nicht sicherstellt, dass die dort genannten Verfahrensweisen festgelegt sind,“

ee) In Nummer 24 werden nach den Wörtern „§ 20 Abs. 6 Satz 1 oder Abs. 7 Satz 1,“ die Wörter „§ 23 Absatz 8 Satz 1 oder Satz 2“ und ein Komma eingefügt.

- b) In Absatz 2 wird die Angabe „9“ durch die Angabe „9a“ ersetzt.

## **Artikel 2**

### **Änderung der Gefahrstoffverordnung**

Anhang I (zu § 8 Absatz 8, § 11 Absatz 3) Nummer 3.1 Satz 2 Nummer 2 der Gefahrstoffverordnung vom 26. November 2010 (BGBl. I S. 1643, 1644) wird wie folgt gefasst:

„2. nicht nur gelegentlich und nicht nur in geringem Umfang im eigenen Betrieb, in dem Lebensmittel hergestellt, behandelt oder in Verkehr gebracht werden, oder in einer Einrichtung durchführt, die in § 23 Absatz 5 und 6 oder § 36 des Infektionsschutzgesetzes genannt ist.“

## **Artikel 3**

### **Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch**

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch -Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 2 des

Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. § 87 wird wie folgt geändert:

a) Dem Absatz 2a werden die folgenden Sätze angefügt:

„Bis spätestens zum 31. Oktober 2011 ist mit Wirkung zum 1. Januar 2012 eine Regelung zu treffen, nach der ärztliche Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie einschließlich elektronischer Dokumentation von Trägern mit dem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) vergütet werden. Die Vergütungsvereinbarung ist auf zwei Jahre zu befristen; eine Anschlussregelung ist bis zum 31. Oktober 2013 zu treffen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit quartalsbezogen über Auswertungsergebnisse der Regelung nach Satz 3. Das Bundesministerium für Gesundheit kann das Nähere zum Inhalt des Berichts nach Satz 5 sowie zur Auswertung der anonymisierten Dokumentationen zum Zwecke der Versorgungsforschung bestimmen; es kann auch den Bewertungsausschuss mit der Vorlage des Berichts beauftragen. Im Übrigen gilt die Veröffentlichungspflicht gemäß § 136 Absatz 1 Satz 2.“

b) In Absatz 2d Satz 1 wird vor der Angabe „2b und 2c“ die Angabe „2a Satz 3,“ und nach dem Wort „genannten“ die Wörter „Leistungen und“ eingefügt.

2. Dem § 111 Absatz 5 werden die folgenden Sätze angefügt:

„Kommt eine Vereinbarung innerhalb von zwei Monaten, nachdem eine Vertragspartei nach Satz 1 schriftlich zur Aufnahme von Verhandlungen aufgefordert hat, nicht oder teilweise nicht zustande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Landesschiedsstelle nach § 111b festgesetzt. Die Landesschiedsstelle ist dabei an die für die Vertragsparteien geltenden Rechtsvorschriften gebunden.“

3. Nach § 111a wird folgender § 111b eingefügt:

#### „§ 111b

#### **Landesschiedsstelle für Vergütungsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Trägern von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen**

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und die für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen auf Landesebene maßgeblichen Verbände bilden miteinander für jedes Land eine Schiedsstelle. Diese entscheidet in den Angelegenheiten, die ihr nach diesem Buch zugewiesen sind.

(2) Die Schiedsstelle besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern sowie aus Vertretern der jeweiligen Vertragsparteien nach § 111 Absatz 5 Satz 1 in gleicher Zahl; für den Vorsitzenden und die unparteiischen Mitglieder können Stellvertreter bestellt werden. Der Vorsitzende und die unparteiischen Mitglieder werden von den beteiligten Verbänden nach Absatz 1 gemeinsam bestellt. Kommt eine Einigung nicht zustande, werden sie von den zuständigen Landesbehörden bestellt.

(3) Die Mitglieder der Schiedsstelle führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie sind an Weisungen nicht gebunden. Jedes Mitglied hat eine Stimme. Die Entscheidungen

werden von der Mehrheit der Mitglieder getroffen. Ergibt sich keine Mehrheit, gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.

(4) Die Rechtsaufsicht über die Schiedsstelle führt die zuständige Landesbehörde.

(5) Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung das Nähere über die Zahl, die Bestellung, die Amtsdauer und die Amtsführung, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsstelle, die Geschäftsführung, das Verfahren, die Erhebung und die Höhe der Gebühren sowie über die Verteilung der Kosten zu bestimmen. Sie können diese Ermächtigung durch Rechtsverordnung auf oberste Landesbehörden übertragen.“

4. § 137 wird wie folgt geändert:

a) Nach Absatz 1 werden die folgenden Absätze 1a und 1b eingefügt:

„(1a) Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien nach Absatz 1 geeignete Maßnahmen zur Sicherung der Hygiene in der Versorgung fest und bestimmt insbesondere für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung der Krankenhäuser Indikatoren zur Beurteilung der Hygienequalität. Er hat die Festlegungen nach Satz 1 erstmalig bis zum 31. Dezember 2012 zu beschließen. Der Gemeinsame Bundesausschuss berücksichtigt bei den Festlegungen etablierte Verfahren zur Erfassung, Auswertung und Rückkopplung von nosokomialen Infektionen, antimikrobiellen Resistenzen und zum Antibiotika-Verbrauch sowie die Empfehlungen der nach § 23 Absatz 1 und 2 Infektionsschutzgesetz beim Robert Koch-Institut eingerichteten Kommissionen.

(1b) Die nach der Einführung mit den Indikatoren nach Absatz 1a Satz 1 gemessenen und für eine Veröffentlichung geeigneten Ergebnisse sind in den Qualitätsberichten nach Absatz 3 Nummer 4 darzustellen. Der Gemeinsame Bundesausschuss soll ihm bereits zugängliche Erkenntnisse zum Stand der Hygiene in den Krankenhäusern unverzüglich in die Qualitätsberichte aufnehmen lassen sowie zusätzliche Anforderungen nach Absatz 3 Nummer 4 zur Verbesserung der Informationen über die Hygiene stellen.“

b) In Absatz 3 Nummer 4 werden die Wörter „im Abstand von zwei Jahren“ durch das Wort „jährlich“ ersetzt und nach der Angabe „Absatz 1“ die Angabe „und 1a“ eingefügt.

5. Nach § 281 Absatz 2 Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Für die Bildung von Rückstellungen und Deckungskapital von Altersversorgungsverpflichtungen gelten § 171e sowie § 12 Absätze 1 und 1a der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung entsprechend.“

6. Dem § 282 wird folgender Absatz 4 angefügt:

„(4) Für die Bildung von Rückstellungen und Deckungskapital von Altersversorgungsverpflichtungen gelten § 171e sowie § 12 Absatz 1 und 1a der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung entsprechend.“

7. In § 285 Absatz 3 Satz 2 werden nach den Wörtern „§ 17a der Röntgenverordnung“ die Wörter „und den ärztlichen Stellen nach § 83 der Strahlenschutzverordnung“ eingefügt.

8. § 293 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 2 werden nach dem Wort „Krankenkassen“ ein Komma und die Wörter „die Spitzenorganisationen der anderen Träger der Sozialversicherung, die Postbeamtenkrankenkasse“ eingefügt.
- b) Absatz 5 wird wie folgt geändert:
  - aa) Nach Satz 3 wird folgender Satz eingefügt:

„Die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker stellt das Verzeichnis und die Änderungen nach Satz 2 auch der nach § 2 Satz 1 des Gesetzes über Rabatte für Arzneimittel gebildeten zentralen Stelle im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zur Verfügung; die zentrale Stelle hat die Übermittlungskosten zu tragen.“

- bb) Nach dem neuen Satz 5 werden die folgenden Sätze eingefügt:

„Die zentrale Stelle darf das Verzeichnis an die Träger der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften, die Unternehmen der privaten Krankenversicherung sowie die sonstigen Träger von Kosten in Krankheitsfällen weitergeben. Das Verzeichnis darf nur für die in § 2 des Gesetzes über Rabatte für Arzneimittel genannten Zwecke verarbeitet oder genutzt werden.“

## **Artikel 4**

### **Änderung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes**

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378), das zuletzt durch Artikel 6b des Gesetzes vom 5. August 2010 (BGBl. I S. 1127) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Artikel 5 Nummer 3 wird aufgehoben.
2. Artikel 46 Absatz 12 wird aufgehoben.

## **Artikel 5**

### **Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes**

Dem § 10 Absatz 12 des Krankenhausentgeltgesetzes vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) geändert worden ist, wird folgender Satz angefügt:

„Absatz 4 gilt insoweit nicht.“



## Artikel 6

### Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch - Soziale Pflegeversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 30. Juli 2009 (BGBl. I S. 2495) geändert worden ist, wird wie folgt geändert:

1. Nach § 97b wird folgender § 97c eingefügt:

#### „§ 97c

#### **Qualitätssicherung durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.**

Bei Wahrnehmung der Aufgaben auf dem Gebiet der Qualitätssicherung und Qualitätsprüfung im Sinne dieses Buches durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. gilt der Prüfdienst als Stelle im Sinne des § 35 Absatz 1 Satz 1 des Ersten Buches. Die §§ 97 und 97a gelten entsprechend.“

2. In § 112 Absatz 3 wird das Wort „berät“ durch die Wörter „und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. beraten“ ersetzt.
3. § 114 wird wie folgt geändert:
  - a) In Absatz 1 Satz 1 werden nach den Wörtern „dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung“ ein Komma und die Wörter „dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. im Umfang von zehn Prozent aller Prüfaufträge“ eingefügt.
  - b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung“ ein Komma und die Wörter „den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.“ eingefügt.
    - bb) In Satz 7 wird die Angabe „§ 23 Absatz 2“ durch die Angabe „§ 23 Absatz 1“ ersetzt.
  - c) In Absatz 4 Satz 3 werden nach den Wörtern „durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung“ die Wörter „oder den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.“ eingefügt.
4. § 114a wird wie folgt geändert:
  - a) Absatz 1 wird wie folgt geändert:
    - aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „Medizinische Dienst der Krankenversicherung“ ein Komma und die Wörter „der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.“ eingefügt.
    - bb) In Satz 3 werden nach den Wörtern „Medizinische Dienst der Krankenversicherung“ ein Komma und die Wörter „der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.“ eingefügt.

- b) Absatz 2 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „Medizinische Dienst der Krankenversicherung“ ein Komma und die Wörter „der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.“ eingefügt.
  - bb) In Satz 4 werden nach den Wörtern „Medizinische Dienst der Krankenversicherung“ ein Komma und die Wörter „der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.“ eingefügt.
  - cc) In Satz 6 wird das Wort „soll“ durch die Wörter „und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. sollen“ ersetzt.
- c) In Absatz 4 Satz 4 werden nach den Wörtern „Medizinische Dienst der Krankenversicherung“ ein Komma und die Wörter „der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.“ eingefügt.
- d) Absatz 5 wird wie folgt gefasst:
- „(5) Unterschreitet der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. die in § 114 Absatz 1 Satz 1 genannte, auf das Bundesgebiet bezogene Prüfquote aus Gründen, die von ihm oder dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. zu vertreten sind, beteiligen sich die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen, anteilig bis zu einem Betrag von 10 Prozent an den Kosten der Qualitätsprüfungen der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen. Das Bundesversicherungsamt stellt jeweils am Ende eines Jahres die Einhaltung der Prüfquote oder die Höhe der Unter- oder Überschreitung sowie die Höhe der durchschnittlichen Kosten von Prüfungen im Wege einer Schätzung in Abstimmung mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. fest und teilt diesem jährlich die Anzahl der durchgeführten Prüfungen und bei Unterschreitung der Prüfquote den Finanzierungsanteil der privaten Versicherungsunternehmen mit; der Finanzierungsanteil ergibt sich aus der Multiplikation der Durchschnittskosten mit der Differenz zwischen der Anzahl der vom Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. durchgeführten Prüfungen und der in § 114 Absatz 1 Satz 1 genannte Prüfquote. Der Finanzierungsanteil, der auf die privaten Versicherungsunternehmen entfällt, ist vom Verband der privaten Krankenversicherung e.V. jährlich unmittelbar an das Bundesversicherungsamt zugunsten des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung (§ 65) zu überweisen.“
- e) Nach Absatz 5 wird folgender Absatz 5a eingefügt:
- „(5a) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen soll mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. das Nähere über die Zusammenarbeit bei der Durchführung von Qualitätsprüfungen durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V., insbesondere über Maßgaben zur Prüfquote, Auswahlverfahren der zu prüfenden Pflegeeinrichtungen und Maßnahmen der Qualitätssicherung vereinbaren.“
- f) Absatz 6 wird wie folgt geändert:
- aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „Medizinischen Dienste der Krankenversicherung“ die Wörter „und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.“ eingefügt.
  - bb) In Satz 3 werden nach den Wörtern „Medizinischen Dienste der Krankenversicherung“ ein Komma und die Wörter „des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.“ eingefügt.

g) Absatz 7 wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 1 werden nach den Wörtern „Bund der Krankenkassen“ die Wörter „und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.“ eingefügt.

bb) Folgender Satz 7 wird angefügt:

„Die Qualitätsprüfungs-Richtlinien sind für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. verbindlich.“

5. § 115 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 werden nach den Wörtern „Medizinischen Dienste der Krankenversicherung“ ein Komma und die Wörter „der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.“ eingefügt.

b) Absatz 1a wird wie folgt geändert:

aa) In Satz 2 werden nach den Wörtern „des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung“ die Wörter „und des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V.“ eingefügt.

bb) In Satz 5 werden nach den Wörtern „Medizinischen Dienst der Krankenversicherung“ die Wörter „oder durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V.“ eingefügt.

cc) Satz 9 wird gestrichen und durch die folgenden Sätze ersetzt:

„Die Vereinbarungen über die Kriterien der Veröffentlichung einschließlich der Bewertungssystematik sind an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen. Kommt innerhalb von drei Monaten ab schriftlicher Aufforderung eines Vereinbarungspartners zu Verhandlungen eine einvernehmliche Einigung nicht zustande, kann jeder Vereinbarungspartner die Schiedsstelle nach § 113b anrufen. Die Frist entfällt, wenn der Spitzenverband Bund der Pflegekassen und mindestens zwei Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene nach einer Beratung aller Vereinbarungspartner die Schiedsstelle einvernehmlich anrufen. Die Schiedsstelle soll eine Entscheidung innerhalb von drei Monaten treffen. Bestehende Vereinbarungen gelten bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung fort.“

c) Absatz 5 Satz 1 wird wie folgt gefasst:

„Stellen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. schwerwiegende Mängel in der ambulanten Pflege fest, kann die zuständige Pflegekasse dem Pflegedienst auf Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. die weitere Betreuung des Pflegebedürftigen vorläufig untersagen; § 73 Absatz 2 gilt entsprechend.“

6. § 117 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „und“ durch das Wort „sowie“ ersetzt und werden nach den Wörtern „Medizinische Dienst der Krankenversicherung“ die Wörter „und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.“ eingefügt.

- b) In Absatz 3 Satz 1 wird das Wort „und“ durch das Wort „sowie“ ersetzt und werden nach den Wörtern „Medizinische Dienst der Krankenversicherung“ die Wörter „und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.“ eingefügt.
- c) In Absatz 4 Satz 1 werden nach den Wörtern „vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung“ ein Komma und die Wörter „dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.“ eingefügt.
- d) In Absatz 5 Satz 1 werden nach den Wörtern „Medizinische Dienst der Krankenversicherung“ die Wörter „und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.“ eingefügt.

## **Artikel 7**

### **Inkrafttreten**

- (1) Dieses Gesetz tritt vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 am Tag nach der Verkündung in Kraft.
- (2) Artikel 3 Nummer 4 Buchstabe b tritt am 1. Januar 2013 in Kraft.
- (3) Artikel 4 tritt am 31. Dezember 2011 in Kraft.

## **Begründung**

### **A. Allgemeiner Teil**

#### **I. Anlass, Zielsetzung und wesentliche Schwerpunkte des Entwurfs**

Infektionen, die in zeitlichem Zusammenhang mit einer medizinischen Maßnahme stehen und als solche nicht bereits vorher bestanden (nosokomiale Infektionen im Sinne des Infektionsschutzgesetzes), gehören zu den häufigsten Infektionen in entwickelten Industrieländern und weltweit insgesamt zu den häufigsten Komplikationen medizinischer Behandlungen. Dabei gibt es Unterschiede in Spektrum und Häufigkeit der Infektionen je nach Land, Region, Krankenhaus, Abteilung und Fachrichtung.

In Deutschland erkranken jährlich ca. 400.000 bis 600.000 Patientinnen und Patienten an Krankenhausinfektionen und schätzungsweise zwischen 7.500 bis 15.000 sterben daran. Ein Teil der Infektionen und Todesfälle ist durch geeignete Präventionsmaßnahmen vermeidbar.

Viele der im Krankenhaus aber auch zunehmend viele der ambulant erworbenen Infektionen werden durch resistente Erreger verursacht, die schwieriger zu therapieren sind und so zu einer verlängerten Behandlungsdauer, erhöhten Letalität und zu höheren Behandlungskosten führen. Die multiresistenten Erreger nehmen nicht nur zahlenmäßig zu, sondern sie stellen die Medizin auch vor immer größere therapeutische Herausforderungen, weil es immer weniger Therapieoptionen gibt und Erreger praktisch unbehandelbar werden.

Die Zunahme antimikrobieller Resistenzen bei bestimmten, insbesondere „behandlungsassoziierten“ (nosokomialen) Krankheitserregern sind in Deutschland vor dem Hintergrund der steigenden Zahl älterer Menschen, die medizinische Maßnahmen in Anspruch nehmen, eine große Herausforderung.

Die Ursachen für die Zunahme von Antibiotika-Resistenzen sind komplex, schließen aber auch die unsachgemäße Verordnung von Antibiotika (Selektionsdruck) und Mängel in der Hygiene (Weiterverbreitung) ein. Mehrfachresistente Bakterien breiten sich im Krankenhaus aus und können auch zwischen Krankenhäusern und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens durch die Verlegung von Patientinnen und Patienten übertragen werden. Davon betroffen ist somit nicht nur der stationäre, sondern auch der ambulante medizinische Bereich.

Während in den letzten Jahren vor allem gram-positive Infektionserreger wie Methicillinresistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) und Glykopeptid-resistente Enterokokken (VRE) im Vordergrund des Interesses standen, treten jetzt zunehmend gram-negative Infektionserreger wie z.B. *Escherichia coli* mit einer breiten Resistenz gegen viele Antibiotikaklassen auf.

Auch wenn nur ein Teil dieser Erkrankungen vermeidbar ist, müssen nachhaltige Anstrengungen unternommen werden, um deren Zahl zu senken. Der sachgerechten Verordnung von Antibiotika und die Berücksichtigung von sektorenübergreifenden Präventionsansätzen kommt daher eine entscheidende Rolle bei der Verminderung des Selektionsdrucks und der Sicherung von Therapieoptionen zu.

Dabei stellen Empfehlungen zum fachgerechten Einsatz von Diagnostika und Antiinfektiva bei der Therapie resistenter Infektionserreger ein hilfreiches Instrument für die verordnenden Ärztinnen und Ärzte dar. Zur Erstellung von Empfehlungen mit allgemeinen Grundsätzen für Diagnostik und antimikrobielle Therapie wird die Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie (Kommission ART) gegründet.

Darüber hinaus ist eine verstärkte Durchsetzung krankenhaushygienischer Erfordernisse und Kontrollmaßnahmen notwendig. Zwar haben die Länder im Rahmen ihrer Gesetzgebungszuständigkeit für das Krankenhauswesen in ihren Krankenhausgesetzen Ermächtigungsgrundlagen zum Erlass von Krankenhaushygieneverordnungen verankert, allerdings hat bisher nur ein Teil der Länder Krankenhaushygieneverordnungen erlassen.

Da zur Erkennung und Verhütung nosokomialer Infektionen eine intensive Beratung, Information und Schulung von Pflegepersonal und Ärztinnen und Ärzten erforderlich ist, müssen diese zentralen Regelungen in den Krankenhaushygieneverordnungen enthalten sein. Erfahrungen aus Pilotprojekten und Studien haben gezeigt, dass durch ein gezieltes Hygiene-Management die Infektionsraten in Krankenhäusern reduziert werden können. Voraussetzung ist der Einsatz entsprechend qualifizierten Personals mit guten krankenhaushygienischen, infektiologischen und mikrobiologischen Grundkenntnissen.

#### Änderungen des Infektionsschutzgesetzes

Das Infektionsschutzgesetz wird daher um neue Instrumente zur Verhütung und Bekämpfung nosokomialer Infektionen einschließlich solcher durch resistente Erreger ergänzt. Beim Robert Koch-Institut wird eine Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie eingerichtet. Leiterinnen und Leiter von Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen werden zur Durchführung der nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen Präventionsmaßnahmen verpflichtet. Der diesbezügliche rechtliche Stellenwert der Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention sowie der Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie wird konkretisiert. Die Länder haben für alle relevanten Einrichtungen durch Rechtsverordnung die erforderlichen Maßnahmen zu regeln.

#### Mehr Qualität, mehr Wettbewerb, mehr Transparenz über den Stand der Hygiene in der Versorgung

Krankenhäuser und vertragsärztliche Praxen sollen zukünftig im Interesse einer besseren Patientensicherheit verstärkt Anstrengungen unternehmen, eine gute Hygienequalität zu erreichen. Von besonderer Bedeutung sind hierbei Maßnahmen, mit denen das Risiko des Auftretens einer in einer medizinischen Einrichtung erworbenen Infektion (nosokomiale Infektion) soweit wie möglich reduziert wird. Gleichzeitig sollen die Informationsmöglichkeiten über die diesbezüglichen Aktivitäten der Leistungserbringer und deren Ergebnisse ausgebaut werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird daher verpflichtet, in seinen Richtlinien zur Qualitätssicherung geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der Hygienequalität festzulegen. Dabei hat er insbesondere für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung, mit der die Qualität der Versorgung der Leistungserbringer im Vergleich untereinander gemessen wird, Indikatoren zur Messung der Hygienequalität zu bestimmen. Diese werden nach ihrer Einführung in der externen stationären Qualitätssicherung von den Krankenhäusern verpflichtend erfasst und anschließend bewertet. Über die freiwilligen und verpflichtenden Maßnahmen zur Verbesserung der Hygiene sowie deren Ergebnisse sollen sich Interessierte in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser zukünftig besser informieren können. Der Gemeinsame Bundesausschuss erhält insoweit den Auftrag, bereits heute verfügbare Informationen zum Stand der Hygiene in die Qualitätsberichte aufnehmen zu lassen und zusätzliche Anforderungen zur Erhöhung der Transparenz zu bestimmen. Auf diese Weise wird öffentlich gemacht, welche Krankenhäuser einen guten strukturellen, personellen sowie qualifikatorischen Hygienestandard haben. Dies stärkt die Orientierung der Versicherten im Wettbewerb der Einrichtungen untereinander.

### Gesetzliche Verpflichtung des Bewertungsausschusses zur Aufnahme einer Leistungsposition in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)

Bei den Maßnahmen zur Bekämpfung multiresistenter Erreger und antimikrobieller Resistenzen soll auch die vertragsärztliche Versorgung einbezogen werden. Auf zunächst zwei Jahre befristet soll eine Vergütungsregelung für die ambulante Therapie (Sanierung) von MRSA-besiedelten und MRSA-infizierten Patientinnen und Patienten sowie für die diagnostische Untersuchung von Risikopatientinnen und -patienten vereinbart werden. Hierzu wird dem Bewertungsausschuss ein gesetzlicher Auftrag erteilt. Der Bewertungsausschuss soll dabei auch eine neue Gebührenordnungsposition, gegebenenfalls auch differenzierte Gebührenordnungspositionen, in die Ärzte-Honorarordnung aufnehmen. Mit der Abbildung einer gesonderten Berechnungsmöglichkeit im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) soll vor allem auch die Ermittlung valider Daten über die ambulante Sanierung bzw. Therapie von MRSA-Besiedlungen ermöglicht werden. Deshalb wird zunächst die Kassenärztliche Bundesvereinigung - und in Folge gegebenenfalls der Bewertungsausschuss - verpflichtet, Umsetzung und Auswirkungen diesbezüglich durch Vorlage eines Berichts transparent zu machen. Zudem haben auch die Kassenärztlichen Vereinigungen die Qualitätssicherungsmaßnahmen in den Bericht zur Versorgungsqualität nach § 136 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) aufzunehmen. Eine wesentliche Verbesserung wird besonders von der Aufnahme einer eigenen Gebührenordnungsposition in den EBM für die Sanierung von MRSA-besiedelten und -infizierten Patienten sowie für diagnostische Untersuchungen in indizierten Fällen auf eine Besiedlung erwartet. Diese Regelung wird zu einer Verbesserung der Patientenversorgung auch in den Pflegeheimen führen. Wenn gleichzeitig geringere Infektionsraten in den Krankenhäusern erreicht werden, wird dies zudem die Weiterverbreitung von MRSA über den Weg vom Krankenhaus zum Pflegeheim verringern. Bei erfolgreicher Umsetzung kann deshalb mittelfristig eine Reduzierung der MRSA-Besiedlung in den Heimen erwartet werden.

### Weitere Änderungen des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, des Elften Buches Sozialgesetzbuch und weiterer Gesetze

#### Einrichten einer Schiedsstelle (§§ 111 und 111b SGB V)

Nach geltendem Recht werden stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen durch einheitliche Versorgungsverträge auf Landesebene zur Leistungserbringung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zugelassen (§ 111 Absatz 2 SGB V), während die Vergütungen zwischen den (einzelnen) Krankenkassen und den Trägern der zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen ohne staatliche Einwirkungsmöglichkeit frei vereinbart werden (§ 111 Absatz 5 SGB V). Maßstab ist dabei eine an den Leistungen orientierte Preisgestaltung. Dabei ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gemäß § 71 Absatz 1 SGB V zu beachten.

Vor dem Hintergrund nicht seltener Konflikte zwischen Krankenkassen und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen über die angemessene Höhe der Vergütungen für stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen und deren Anpassung ist die Einführung einer Schiedsstellenregelung zu den zweiseitigen Vergütungsverträgen als wirksamer Konfliktlösungsmechanismus geboten. Eine Erstreckung der Schiedsstellenregelung auf Versorgungsverträge, mit denen die Krankenkassen auf Landesebene bedarfsgerecht die Zulassung der stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zum System der GKV steuern und zu deren Abschluss und Kündigung Einvernehmen mit der zuständigen Landesbehörde anzustreben ist, erfolgt nicht. Für die Zulassung oder Bedarfssteuerung und -planung von stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen durch Versorgungsverträge wären Schiedsstellen kein geeignetes Instrument.

### Befugnis der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Datenübermittlung (§ 285 SGB V)

Mit der Änderung des § 285 Absatz 3 Satz 2 SGB V wird eine Gesetzeslücke geschlossen und den Kassenärztlichen Vereinigungen die Befugnis eingeräumt, rechtmäßig erhobene Daten der Qualitätsprüfungen neben den (zahn)ärztlichen Stellen nach § 17a Röntgenverordnung auch den ärztlichen Stellen nach § 83 Strahlenschutzverordnung zu übermitteln.

### Apothekenverzeichnis für die Zentrale Stelle der Einziehung der Arzneimittelrabatte bei Privatversicherten (§ 293 SGB V)

Die Änderung des § 293 Absatz 5 SGB V ist für die Realisierung des Rabattanspruches der Unternehmen der privaten Krankenversicherung (PKV), der Beihilfekostenträger und der sonstigen Träger von Kosten in Krankheitsfällen wie die Postbeamtenkrankenkasse und die Krankenversorgung der Bahnbeamten erforderlich. Sie sieht eine Übermittlung des Apothekenverzeichnisses durch die maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker, die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildet wurde, an die zentrale Stelle nach § 2 Satz 1 des Gesetzes über Rabatte für Arzneimittel vor.

### Beteiligung der PKV an den Prüfungen der Pflegequalität; Pflegetransparentvereinbarung

Durch die Neuregelung wird eine konkrete Grundlage geschaffen, damit sich die private Pflegeversicherung in selbständiger Verantwortung durch einen eigenen Prüfdienst an den Qualitätsprüfungen nach § 114 ff SGB XI beteiligen kann. Dies setzt einen Prüfauftrag der Landesverbände der Pflegekassen an die PKV voraus; für die Erteilung solcher Prüfaufträge gab es bisher jedoch noch keine konkrete Regelung. Es wird bestimmt, dass die Landesverbände der Pflegekassen im Rahmen ihrer Zuständigkeit für die Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI einem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. zehn Prozent der Prüfaufträge, die in einem Jahr anfallen, zuweisen. Die Vorschrift entwickelt damit die bisherige Regelung nach § 114a Absatz 5 SGB XI weiter, nach der die privaten Versicherungsunternehmen sich mit 10 Prozent an den Kosten der Qualitätsprüfungen der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zu beteiligen haben.

Der Eintritt des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung in das aktive Prüfgeschehen hat dabei zur Voraussetzung, dass sich der Prüfdienst bei den Qualitätsprüfungen an den geltenden Richtlinien und Verfahren zu orientieren hat. So wird die unter Qualitätssicherungsgesichtspunkten zwingend notwendige bundesweite Einheitlichkeit des Prüfgeschehens gewährleistet. Grundlage aller Qualitätsprüfungen sind damit die Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR) des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen, deren Ziel eine Erfassung der Qualität in den Pflegeeinrichtungen nach einheitlichen Kriterien ist. Von den Landesverbänden der Pflegekassen beauftragt werden können nur Prüfdienste und Prüferinnen und Prüfer, die die in den Qualitätsprüfungs-Richtlinien festgelegten Voraussetzungen erfüllen. Der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung wird durch die Neuregelungen in gleicher Weise wie der Medizinische Dienst der Krankenversicherung in das Verfahren zur Prüfung, Verarbeitung und Weitergabe von Prüfergebnissen zur Veröffentlichung gemäß den Transparenzvereinbarungen eingebunden. Schließlich wird durch Folgeänderungen sichergestellt, dass sich der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung in gleicher Weise wie die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung an den Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Pflegequalität, an Beratung, Information, Berichterstattung und an der Einleitung von Sanktionen beteiligt.

Bei notwendig werdenden Weiterentwicklungen der Transparenzvereinbarungen nach § 115 Absatz 1a SGB XI wird dauerhaft ein Konfliktlösungsmechanismus zur Klärung von Streitpunkten eingerichtet, die sich zwischen den Vereinbarungspartnern auf dem Verhandlungsweg nicht lösen lassen. Erfahrungen aus den Diskussions- und Verhandlungs-



prozessen zu den Transparenzvereinbarungen sowie Forderungen der großen Mehrheit der Vereinbarungspartner einschließlich des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen werden damit aufgegriffen.

## **II. Finanzielle Auswirkungen auf die öffentlichen Haushalte**

### **1. Gesetzliche Krankenversicherung**

Durch die Regelungen eines verbesserten Infektionsschutzes sowie deren Umsetzung und Anwendung können 20 bis 30 Prozent der geschätzten 400.000 bis 600.000 Krankenhausinfektionen und daraus resultierende Behandlungskosten vermieden werden (Quelle: P. Gastmeier, F. Brunkhorst, M. Schrappe, W. Kern, C. Geffers. Wie viele nosokomiale Infektionen sind vermeidbar? Dtsch Med Wo-chenschr 2010; 135:91-93.). Für die gesetzliche Krankenversicherung können dadurch - ebenso wie für die anderen Kostenträger (Private Krankenversicherung, Beihilfe, Gesetzliche Unfallversicherung) - erhebliche Minderausgaben entstehen, die nicht exakt quantifizierbar sind. Je 10.000 vermiedene Behandlungsfälle ergeben sich auf der Basis durchschnittlicher Behandlungskosten in Krankenhäusern von rund 3.800 Euro je Behandlungsfall Minderausgaben von fast 40 Millionen Euro.

Eine automatische Übertragung personeller und sächlicher Mehraufwendungen durch verbesserte Infektionsschutzmaßnahmen auf die Vergütung von Krankenhausleistungen ist in den gesetzlichen Regelungen nicht vorgesehen. Selbst wenn es aufgrund zusätzlicher Kosten der Krankenhäuser für verbesserten Infektionsschutz oder durch Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Hygiene zu einer geringen Steigerung des Preisniveaus für akutstationäre Krankenhausleistungen käme, führen vermiedene Infektionen zu einer erheblich geringeren Zahl von oftmals auch sehr teuren Krankenhausbehandlungen, die über das System der Vergütung von Krankenhausleistungen erhebliche Entlastungen der Krankenkassen und der übrigen Kostenträger zur Folge haben.

Kosten für die gesetzliche Krankenversicherung aufgrund der Änderung von § 87 Absatz 2a und Absatz 2d SGB V sind derzeit allenfalls sehr grob - ausgehend von einer Hochrechnung auf der Basis der dem BMG zur Verfügung gestellten Auswertungsergebnisse des Modellprojektes EUREGIO-MRSA Twente/Münsterland - zu quantifizieren. Demnach ergäben sich Kosten für die MRSA-Diagnostik und MRSA-Eradikationstherapie in Höhe von jährlich rund 2,5 Millionen Euro. Solchen Mehrausgaben standen auf der Basis des Modellprojektes deutlich höhere Minderausgaben gegenüber.

Die Kosten, die den gesetzlichen Krankenkassen aufgrund der Änderung von § 137 SGB V mittelbar durch die vom Gemeinsamen Bundesausschuss festzulegenden Anforderungen zur Sicherung der Hygiene in der medizinischen Versorgung entstehen, sind wegen des noch unklaren Inhalts und Umfangs dieser Regelungen nicht zu quantifizieren. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat bei der Gestaltung der Anforderungen an die Qualitätssicherung im Bereich der Hygiene - wie bei allen Richtlinienentscheidungen - nach § 92 Abs. 1 Satz 1 SGB V das Gebot der Wirtschaftlichkeit zu beachten und nur die zur Sicherung einer ausreichenden und zweckmäßigen medizinischen Versorgung notwendigen Maßnahmen zu treffen. Seine Zusammensetzung ist auf einen Interessenausgleich zwischen den Selbstverwaltungsparteien ausgerichtet und bietet Gewähr dafür, dass insbesondere die Kassenseite auch das Interesse an der Vermeidung von Kostenbelastungen der gesetzlichen Krankenversicherung verfolgt.

Mit den Änderungen in den §§ 281 und 282 SGB V wird klargestellt, dass bezüglich des Aufbaus von Rückstellungen für die Altersvorsorge von Bediensteten der Medizinische Dienste der Krankenversicherung (MDK) die Übergangsfristen gelten, die auch für die Krankenkassen maßgeblich sind. Eine sofortige Bildung von Alterungsrückstellungen würde sich ansonsten unmittelbar auf die Höhe der Umlagen zur Finanzierung der MDK auswirken, die von den Krankenkassen zu zahlen sind. Die Medizinischen Dienste be-

kommen damit Zeit, ein wertgleiches Deckungskapital bezüglich des voraussichtlichen Barwertes ihrer Verpflichtungen aus Altersversorgungszusagen nicht sofort, sondern erst bis zum 31. Dezember 2049 zu bilden. Mit dieser zeitlichen Streckung ist eine finanzielle Entlastung verbunden, da die jährlichen Zuführungen durch die zeitliche Streckung geringer ausfallen können.

2. Haushaltsausgaben ohne Vollzugsaufwand

Keine

3. Vollzugsaufwand

Dem Bund entsteht zusätzlicher Vollzugsaufwand:

Mit der Einrichtung der Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie (Kommission ART) beim Robert Koch-Institut nebst Geschäftsstelle und einem gestiegenen Anspruch an die Empfehlungen auch der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention, § 23 Absatz 2 und Absatz 3 IfSG, entstehen zusätzliche Ausgaben:

Für die Geschäftsstellen, für die Vorbereitung und Koordinierung von Kommissions- und Arbeitsgruppensitzungen, für die Durchführung von thematischen Arbeitstreffen und die Einbeziehung externen Sachverständigen fallen zusätzliche Sachmittelkosten in Höhe von insgesamt 145.000 Euro an.

Damit die Empfehlungen der KRINKO und der Kommission ART dem Anspruch gerecht werden können, grundsätzlich dem aktuellen Stand der Wissenschaft zu entsprechen, müssen neue Empfehlungen zeitgerecht erarbeitet und existierende Empfehlungen regelmäßig angepasst werden. Allein von den ehrenamtlich tätigen Mitgliedern der Kommission kann das nicht geleistet werden. Für eine detaillierte und modernen Anforderungen genügende wissenschaftliche Vorbereitung der Empfehlungsvorhaben der Kommissionen und zur Beschleunigung der Verabschiedung von neuen Empfehlungen sind bei den Geschäftsstellen fünf medizinische Dokumentarinnen bzw. Dokumentare, eine Epidemiologin oder ein Epidemiologe, sieben Wissenschaftlerinnen bzw. Wissenschaftler und eine Statistikerin oder ein Statistiker und somit Personalmittel in Höhe von insgesamt 833.000 Euro erforderlich.

Der Mehrbedarf an Sach- und Personalmitteln soll finanziell und stellenmäßig im Einzelplan 15 ausgeglichen werden.

Den Ländern entsteht zusätzlicher Vollzugsaufwand im Rahmen der Verordnungsgebung nach § 23 Absatz 8 IfSG.

Die Mehrkosten für die Länder durch die Einführung einer Schiedsstellenregelung gemäß §§ 111 und 111b SGB V zu den zweiseitigen Vergütungsverträgen zwischen Krankenkassen und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sind nicht quantifizierbar.

4. Sonstiger Vollzugsaufwand

Soweit der Gemeinsame Bundesausschuss verpflichtende Anforderungen gemäß Änderung zu § 137 SGB V zur Sicherung der Hygiene in medizinischen Einrichtungen beschließt, können in Arztpraxen und Krankenhäusern Kosten für deren Umsetzung entstehen. Diese können aufgrund der vorgesehenen Gestaltungshoheit des Gemeinsamen Bundesausschusses aber noch nicht beziffert werden. Dem stehen jedoch Einsparungen gegenüber durch eine Verbesserung der hygienischen Versorgung, der Reduzierung von Komplikationen durch Infektionen sowie der Vermeidung von aufwändigen Folgekosten.

### III. Kosten- und Preiswirkungsklausel

Kosten für die Wirtschaft können bei den in § 23 Absatz 3 IfSG genannten Einrichtungen entstehen, wenn diese bislang nicht die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen Präventionsmaßnahmen getroffen haben. Es fallen vor allem zusätzliche Personalkosten in den 1.780 akutstationären Krankenhäusern an, von denen bis zu etwa 1.420 als mittelständische Unternehmen einzustufen sind. Die Mehrkosten werden auf Grundlage von Angaben der KRINKO und der DKG auf bis zu 190 Millionen Euro geschätzt. 60 Prozent dieser Mehrkosten beruhen allerdings nicht ausschließlich auf Bundesrecht, sondern sind bereits aufgrund bestehender landesrechtlicher Regelungen in Krankenhaushygieneverordnungen begründet. Im übrigen sind bestehende Verpflichtungen nach dem ärztlichen Berufsrecht zu berücksichtigen. Kostenauswirkungen von § 23 Absatz 8 IfSG (Rechtsverordnungsermächtigung für die Länder) können ihrer Höhe nach nicht prognostiziert werden.

Diesen Mehrkosten stehen nicht quantifizierbare Minderausgaben für die Wirtschaft durch eine Vermeidung infektionsbedingter Fälle von Arbeitsunfähigkeit und damit verbundener Einsparungen bei der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall gegenüber.

Größere Auswirkungen auf die Einzelpreise der medizinischen Dienstleistungen oder Auswirkungen auf das Preisniveau, insbesondere das Verbraucherpreisniveau sind nicht zu erwarten.

### IV. Bürokratiekosten

#### 1. Bürokratiekosten für die Wirtschaft

Durch die Änderung von § 87 Absatz 2a und Absatz 2d SGB V entsteht für die Vertragsärztinnen und -ärzte eine zusätzliche Informationspflicht im Rahmen der Erstellung einer elektronisch zu übermittelnden Dokumentation quartalsweise an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung. Inhalte dieser Informationsverpflichtung decken sich mit der im Rahmen der ärztlichen Behandlung vorzunehmenden Dokumentation, sodass insofern von geringen zusätzlichen Anforderungen auszugehen sein dürfte.

Die Informationspflicht der Krankenhäuser gemäß Änderung zu § 137 SGB V zur Erstellung von Qualitätsberichten im Fünften Buch Sozialgesetzbuch wird durch die Verpflichtung zur jährlichen Berichterstattung ab dem Jahr 2013 ausgebaut. Dadurch dass die Krankenhäuser zukünftig in jedem Jahr - und nicht wie bisher nur alle zwei Jahre - den Qualitätsbericht erarbeiten müssen, entsteht den Einrichtungen zusätzlicher Verwaltungs- und Bürokratiekostenaufwand. Dieser ist allerdings als begrenzt anzusehen, da ein Großteil der für den Qualitätsbericht zu erfassenden Daten in den Krankenhäusern ohnehin kontinuierlich erhoben wird. Die jährliche Erarbeitung des Qualitätsberichts verursacht daher im Wesentlichen überschaubare Belastungen durch das Zusammenstellen, Kommentieren und Übermitteln der Daten. Es wird geschätzt, dass sich ab dem Jahr 2013 die insgesamt für die Krankenhäuser durch die Qualitätsberichte jährlich entstehenden Bürokratiekosten um 3,1 Millionen Euro erhöhen. Soweit der Gemeinsame Bundesausschuss bis zu diesem Zeitpunkt in seinen Anforderungen an die Qualitätsberichte eine Verminderung des Erstellungsaufwandes erreicht, können die Kosten auch in geringerer Höhe anfallen.

Mit der Neuregelung des § 293 Absatz 5 SGB V wird eine Informationspflicht der Wirtschaft geändert. Die Spitzenorganisation der Apotheker stellt einer weiteren Stelle, der „Zentralen Stelle“, das Verzeichnis der Apotheken zur Verfügung. Hierdurch entstehen Bürokratiekosten in marginaler Höhe.

Die durch die Änderung des § 293 Absatz 5 SGB V entstehenden Kosten von schätzungsweise 1.000 Euro pro Jahr für die Übermittlung des Verzeichnisses der Apotheken

an die zentrale Stelle nach § 2 des Gesetzes über Rabatte für Arzneimittel trägt diese Stelle. Sie finanziert sich nicht aus dem Bundeshaushalt, sondern aus Abschlägen von den Arzneimitteln, die sie für die rabattberechtigten Stellen bei den pharmazeutischen Unternehmern geltend macht.

a) Aufgehobene Informationspflichten:

Keine.

b) Vereinfachte Informationspflichten:

Keine.

c) Neue Informationspflichten:

Es wird eine etwa vierteljährliche Informationspflicht für 2.500 Unternehmen eingeführt mit zu erwartenden jährlichen Mehrkosten in Höhe von 54.000 Euro.

2. Informationspflichten für Bürger

Keine.

3. Informationspflichten für die Verwaltung

Für die Gesundheitsämter und die Landesbehörden entsteht durch § 11 Absatz 2 IfSG ein geringfügiger zusätzlicher Übermittlungsaufwand (ca. 10 nosokomiale Ausbrüche pro Krankenhaus jährlich, 2000 Krankenhäuser, je 5 Minuten Aufwand im Gesundheitsamt und 1 Minute in der Landesstelle).

Mit der Neuregelung des § 285 SGB V wird dem Grunde nach keine neue Informationspflicht für die Verwaltung (Kassenärztliche Vereinigungen) geschaffen. Es wird lediglich eine bereits bestehende Informationspflicht ausgeweitet, indem die Information weiteren Empfängern zuzuleiten ist. Daher ergeben sich in Bezug auf den entstehenden zusätzlichen Aufwand erhebliche Synergieeffekte. Die mit dem zusätzlichen Aufwand verbundenen Kosten dürften daher insgesamt gering sein.

## **V. Gesetzgebungskompetenz des Bundes**

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes ergibt sich für die infektionsschutzrechtlichen Regelungen aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19 Grundgesetz. Die Regelungen betreffen Maßnahmen der Bekämpfung und direkten Prävention nosokomialer Infektionen und resistenter Krankheitserreger.

Für die sozialversicherungsrechtlichen Regelungen ergibt sich die Gesetzgebungskompetenz des Bundes aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 12 Grundgesetz.

Für die Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes ergibt sich die Gesetzgebungskompetenz aus Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19a Grundgesetz. Im Hinblick auf die Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes ist eine bundesgesetzliche Regelung zur Wahrung der Rechtseinheit erforderlich (Artikel 72 Absatz 2 Grundgesetz). Die Regelung knüpft an das bestehende, bereits unter einheitlichen Bedingungen auf der Grundlage der Gesetzgebungskompetenz des Bundes in Artikel 74 Absatz 1 Nummer 19a Grundgesetz eingeführte DRG-Vergütungssystem an. Sie stellt sicher, dass für die Berücksichtigung der Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms, die bislang in Form von krankenhausespezifischen Zuschlägen geflossen sind, in dem ab dem 1. Januar 2012 geltenden Landesbasisfallwert die durch die Veränderungsrate oder den Veränderungswert gesetzte Obergrenze keine Anwendung findet. Die Regelung ist erforderlich, um eine gleichmäßige Anwendung des Entgeltsystems durch die Krankenhäuser und Krankenkassen zu gewährleisten und eine

Beeinträchtigung des Fortbestandes eines einheitlichen Standards der Versorgung der Bevölkerung zu vermeiden.

## **VI. Nachhaltigkeit**

Der Gesetzentwurf zielt insbesondere auf die Vermeidung von Infektionen und Todesfällen bei Krankenhausbehandlungen durch geeignete Präventionsmaßnahmen ab. Damit wird der Managementregel 4 der Nationalen Nachhaltigkeitsstrategie und dem in der Strategie verfolgten Ziel einer Reduzierung der vorzeitigen Sterblichkeit Rechnung getragen. Ferner wird der sachgerechte Einsatz von Antiinfektiva dazu führen, dass wichtige Errungenschaften auf dem Arzneimittelsektor länger zur Verfügung stehen.

## **VII. Auswirkungen von gleichstellungspolitischer Bedeutung**

Auswirkungen von gleichstellungspolitischer Bedeutung sind nicht zu erwarten, da keine Regelungen getroffen werden, die sich spezifisch auf die Lebenssituation von Frauen und Männern auswirken.

## **VIII. Vereinbarkeit mit EU-Recht**

Der Gesetzentwurf ist mit dem Recht der Europäischen Union vereinbar.

## **B. Besonderer Teil**

Zu Artikel 1 (Änderung des Infektionsschutzgesetzes)

Zu Nummer 1 (Inhaltsübersicht)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 8.

Zu Nummer 2 (§ 4)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 8.

Zu Nummer 3 (§ 6)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 5.

Zu Nummer 4 (§ 9)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummern 8 und 10.

Zu Nummer 5 (§ 10)

Die bei der Meldung eines Ausbruches nach § 6 Absatz 3 IfSG von den Meldepflichtigen zu machenden Angaben werden für Zwecke der epidemiologischen Auswertung um die Angabe des Monats und des Jahres der einzelnen Diagnosen ergänzt.

Zu Nummer 6 (§ 11)

Infolge der Änderung in § 11 IfSG haben die Gesundheitsämter dem Robert Koch-Institut über die zuständige Landesbehörde auch Informationen über nosokomiale Ausbrüche zu übermitteln. Nach § 6 Absatz 3 IfSG sind nosokomiale Ausbrüche dem zuständigen Gesundheitsamt zu melden. Dieses stellt bei einer entsprechenden Meldung die erforderlichen Ermittlungen an und trifft erforderliche präventive Maßnahmen und Schutzmaßnahmen. Eine Übermittlung von Daten aus den Meldungen nach § 6 Absatz 3 IfSG an die zuständige Landesbehörde und das Robert Koch-Institut erfolgte bislang nicht. Bei Ermittlungen allein auf örtlicher Ebene ist aber nicht gewährleistet, dass Zusammenhänge mit gemeldeten Ausbrüchen im Zuständigkeitsbereich anderer Gesundheitsämter zeitnah erkannt werden können. Infolge des neuen § 11 Absatz 2 IfSG wird das Robert Koch-Institut in die Lage versetzt, die übermittelten Informationen über nosokomiale Ausbrüche auf epidemiologische Zusammenhänge hin zu untersuchen und die zuständigen Landesbehörden anhand der gewonnenen Erkenntnisse zu beraten oder, wenn Ausbrüche in anderen Krankenhäusern zu befürchten sind, durch Veröffentlichungen im Epidemiologischen Bulletin zu informieren. Der zu übermittelnde Untersuchungsbefund schließt die Bezeichnung des Erregers und die Angabe der Art der Infektion ein.

Zu Nummer 7 (§ 12)

Es handelt sich um Folgeänderungen zu Nummer 6.

Zu Nummer 8 (§ 23)

§ 23 IfSG wird um neue Instrumente zur Verhütung und Bekämpfung nosokomialer Infektionen einschließlich solcher durch resistente Erreger ergänzt. Regelungen des IfSG zur infektionshygienischen Überwachung medizinischer Einrichtungen durch das Gesundheitsamt werden systematisch in § 23 IfSG zusammengefasst.

### § 23 Absatz 1

§ 23 Absatz 1 IfSG entspricht dem bisherigen § 23 Absatz 2 IfSG. Notwendige Beteiligungen anderer Institutionen und Kommissionen, wie z.B. des Ausschusses für biologische Arbeitsstoffe nach § 17 der Biostoffverordnung, bei der Arbeit der KRINKO werden weiterhin nicht im Gesetz, sondern in der Geschäftsordnung der KRINKO geregelt.

### § 23 Absatz 2

Nach § 23 Absatz 2 IfSG wird beim Robert Koch-Institut die Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie (Kommission ART) errichtet. Eine derartig unabhängige Kommission auf nationaler Ebene existiert bereits in vielen anderen europäischen Staaten.

Der fachgerechte Gebrauch der Diagnostik und der sachgerechte Einsatz von antimikrobiell wirksamen Therapeutika (Antinfektiva) ist eine wichtige Voraussetzung, um der Entstehung und der Weiterverbreitung von resistenten Krankheitserregern vorzubeugen und die Wirksamkeit von Antiinfektiva zu erhalten.

Von besonderer und weltweit wachsender Bedeutung sind mehrfach gegen Antiinfektiva resistente Erreger, die sich im Krankenhaus ausbreiten und die auch zwischen Krankenhäusern und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens durch die Verlegung von Patientinnen und Patienten übertragen werden können. Im Falle von Infektionen mit diesen Erregern sind die antibiotischen Behandlungsalternativen deutlich eingeschränkt. Gegenwärtig besteht diese Problematik in Deutschland insbesondere bei Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus*-Stämmen (MRSA), bei Vancomycin-resistenten Enterokokken (VRE) sowie *Escherichia coli*- und *Klebsiella*-Stämmen mit erweitertem Resistenzspektrum (ESBL).

Vor diesem Hintergrund benötigen behandelnde Ärztinnen und Ärzte für ihre Therapieentscheidungen gut zugängliche und übersichtliche Informationen über die Resistenzlage, über Therapieprinzipien sowie über Therapie- und Diagnoseleitlinien, in denen die Standards für Diagnostik und Therapie benannt werden. Die Zusammenstellung dieser Informationen wird eine zentrale Aufgabe der eingerichteten Kommission ART am Robert Koch-Institut sein.

Weiter sichtet und bewertet die Kommission vorhandene Empfehlungen und Leitlinien der Fachgesellschaften, von anderen wissenschaftlichen Institutionen und Organen der Selbstverwaltung. Sie analysiert und bewertet Daten über die Veränderung des Erregerspektrums nach Art und Verbreitung, über den medizinischen Einsatz von Antiinfektiva sowie über erwünschte und unerwünschte Effekte einschließlich Wirkungsveränderungen insbesondere auf Grundlage der Daten, die im Rahmen des Antibiotikaresistenz-Surveillance-Systems (ARS) am Robert Koch-Institut gesammelt werden. Sie nimmt auf dieser Grundlage eine medizinisch-epidemiologische Nutzen-Risiko-Abwägung zwischen dem individuellen Interesse an einer wirksamen Behandlung einerseits und dem öffentlichen Interesse an einer Erhaltung der Wirksamkeit von Antiinfektiva andererseits vor und berücksichtigt Belange der praktischen Durchführung. Darüber hinaus soll die Kommission ART geeignete Rahmenbedingungen wie auch Umsetzungshindernisse einer sachgerechten antiinfektiven Therapie thematisieren und dem Bundesministerium für Gesundheit darüber ggf. mit praktischen Lösungsvorschlägen berichten.

### § 23 Absatz 3

§ 23 Absatz 3 IfSG konkretisiert den Stellenwert der Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) und der Empfehlungen der neuen Kommission ART. Die Einhaltung des Standes der medizinischen Wissenschaft, der sich in verschiedenen Regelwerken zum Thema findet, wird vermutet, soweit vorhandene Empfehlungen der Kommissionen beachtet worden sind. Die Regelung verdeutlicht den Leiterinnen und Leitern der aufgezählten Einrichtungen ihre Pflichten im Rahmen der

Infektionsprävention. Sie werden dazu verpflichtet, die Empfehlungen der KRINKO und der Kommission ART zu berücksichtigen. Die widerlegbare Vermutung lässt im Einzelfall ein Unterschreiten der Empfehlungen der KRINKO und der Kommission ART zu, etwa wenn nicht erfüllte baulich-funktionelle Voraussetzungen durch betrieblich-organisatorische Maßnahmen kompensiert werden können. Ein Überschreiten der Empfehlungen ist erforderlich, soweit diese objektiv nicht an den Stand der Wissenschaft angepasst sind. Die Vermutungswirkung entbindet die Adressaten nicht davon, den nach Erscheinen einer Empfehlung erfolgten wissenschaftlichen Fortschritt auch selbst zu verfolgen. Im Ergebnis muss eine dem Stand der Wissenschaft entsprechende Prävention von nosokomialen Infektionen und Krankheitserregern mit Resistenzen sichergestellt sein.

#### § 23 Absatz 4

§ 23 Absatz 4 IfSG entspricht im Wesentlichen dem bisherigen § 23 Absatz 1 IfSG, und richtet sich an die Leiterinnen und Leiter von Krankenhäusern und Einrichtungen für ambulantes Operieren.

Zur Verbesserung der Situation bei nosokomialen Infektionen ist die zeitnahe und konsequente Erfassung ausgewählter nosokomialer Infektionen und die Analyse von deren Ursache insbesondere in den oben genannten Einrichtungen unerlässlich. In Absatz 4 wird die Verpflichtung zu deren gesonderter Erfassung für Krankenhäuser und Einrichtungen für ambulantes Operieren festgelegt. Die Regelung greift die positiven Erfahrungen vieler Einrichtungen auf diesem Gebiet auf und soll die eigenverantwortliche Qualitätskontrolle stärken. Art und Umfang werden unverändert auf der Grundlage epidemiologischer Erkenntnisse vom RKI gemäß § 4 Absatz 2 Nummer 2 Buchstabe b IfSG festgelegt. Die Festlegung der Kriterien erfolgt mit dem Ziel, die am häufigsten auftretenden nosokomialen Infektionen und Resistenzen zu erfassen.

Auch die Erfassung von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen wird festgelegt. Die Beobachtung von nosokomialen Infektionen und die Beobachtung der Resistenzentwicklung von Krankheitserregern ist wichtig, um mögliche Ursachen frühzeitig zu erkennen und mit geeigneten Maßnahmen reagieren zu können. Da die Festlegung von Erregern, deren Resistenzentwicklung eine besondere Gesundheitsgefahr darstellt, ständiger Aktualisierung bedarf, soll diese nicht gesetzlich erfolgen. Entsprechend ist das Robert Koch-Institut beauftragt, die Erreger entsprechend den jeweiligen epidemiologischen Erfordernissen festzulegen.

Dabei ist es essentiell, sachgerechte Schlussfolgerungen hinsichtlich erforderlicher Präventionsmaßnahmen zu ziehen, und die gewonnenen Erkenntnisse einschließlich der daraus festgelegten Maßnahmen dem Personal mitzuteilen und umzusetzen. Zur klaren Darstellung dieses wichtigen Aspekts wurde § 23 Absatz 4 IfSG entsprechend ergänzt.

Die Ergänzung soll die Verantwortlichkeit der Leiterinnen und Leiter für die gesamte Kette der Maßnahmen zur Krankheitsüberwachung von der Erfassung der erforderlichen Daten bis zur Umsetzung von daraus abgeleiteten Maßnahmen verdeutlichen und eindeutig zum Ausdruck bringen, dass die Erfassung der Daten kein Selbstzweck ohne nachfolgende Konsequenzen ist.

#### § 23 Absatz 5

§ 23 Absatz 5 IfSG übernimmt für die genannten Einrichtungen Regelungen zur Erstellung von Hygieneplänen und zur infektionshygienischen Überwachung aus § 36 Absatz 1 IfSG.

#### § 23 Absatz 6

§ 23 Absatz 6 IfSG ist dem bisherigen § 36 Absatz 2 IfSG entnommen. Die infektionshygienische Überwachung der Praxen von sonstigen humanmedizinischen Heilberufen wird



nunmehr in § 23 Absatz 6 IfSG geregelt und schließt Praxen, in denen endoskopische Eingriffe durchgeführt werden, ein.

#### § 23 Absatz 7

Die Regelung ist an den bisherigen § 36 Absatz 3 IfSG angelehnt und nicht auf die infektionshygienische Überwachung im Hinblick auf nosokomiale Infektionen oder Infektionen mit resistenten Krankheitserregern beschränkt. Sie trägt der verfassungsrechtlichen Beurteilung behördlicher Betretungs- und Besichtigungsrechte Rechnung. Betriebs- und Geschäftsräume, die allgemein zugänglich sind, unterfallen nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zu den üblichen Geschäftszeiten nicht unter den Schutz des Artikels 13 Absatz 1 Grundgesetz, sondern nur unter den des Artikels 2 Absatz 1 Grundgesetz. Rechte zum Betreten von Betriebsräumen greifen danach dann nicht in den Schutzbereich von Artikel 13 Absatz 1 Grundgesetz ein, wenn eine gesetzliche Vorschrift zum Betreten ermächtigt, das Betreten einem erlaubten Zweck, Gegenstand und Umfang des Betretens erkennen lässt und das Betreten auf Zeiten beschränkt wird, in denen die Räume normalerweise für die betriebliche Nutzung zur Verfügung stehen (vgl. BVerfGE 32, 54, 76f). Die Norm ermöglicht infektionshygienische Überwachungsmaßnahmen unter diesen Maßgaben auch dann, wenn noch keine konkrete Gefahr oder ein konkreter Gefahrenverdacht im Sinne des § 16 Absatz 1 vorliegt.

#### § 23 Absatz 8

§ 23 Absatz 8 IfSG verpflichtet die Landesregierungen zum Erlass von Regelungen für die Einhaltung der Infektionshygiene in allen relevanten Einrichtungen des Gesundheitswesens. Damit wird auf einen Wunsch der Länder im Rahmen des Beschlusses der 26. Sitzung der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) zur Krankenhaushygiene eingegangen und eine bundeseinheitliche Rechtsgrundlage geschaffen.

Die Ermächtigung kann auf andere Stellen übertragen werden. Bislang verfügen sieben Bundesländer über Rechtsverordnungen zur Krankenhaushygiene, die auf der Grundlage ihrer Krankenhausgesetze erlassen worden sind. Die neue Verordnungsermächtigung sieht einen weiteren Anwendungsbereich und notwendige Inhalte der Rechtsverordnungen vor.

Wichtige Voraussetzungen und Instrumente zur Etablierung und kontinuierlichen Umsetzung von sinnvollen sowie von national und international (u.a. in der Empfehlung des Europäischen Rates zur Sicherheit der Patienten unter Einschluss der Prävention und Eindämmung von therapieassoziierten Infektionen vom 9. Juli 2009, Mielke 2010. Int. J. Med. Microbiol. 300 (2010), 346-350) empfohlenen Präventionsmaßnahmen und bewährten Konzepten zur Infektionsprävention sind:

- die Wahrnehmung der Verantwortung für die Patientensicherheit durch die Leiterinnen und Leiter von medizinischen Einrichtungen,
- die Schaffung geeigneter baulicher Voraussetzungen (z.B. Möglichkeiten für die Isolierung von Patientinnen und Patienten; Zugang zu Händedesinfektionsmittelspendern),
- die Schaffung geeigneter organisatorischer Voraussetzungen (z.B. die Sicherstellung von Informationsflüssen oder die Etablierung notwendiger Screeningmaßnahmen; Zugang zu geeigneten diagnostischen Kapazitäten),
- die Sicherstellung geeigneter personeller Voraussetzungen (z.B. Präsenz von Hygienefachpersonal, klinischer Mikrobiologinnen und Mikrobiologen, hygienisch qualifiziertes Personal in der Pflege und in den mit der Aufbereitung von Medizinprodukten

betrauten Bereichen, sowie entsprechender Qualifizierung auf Seiten des ärztlichen Personals),

- die Etablierung von Maßnahmen zur Förderung der Compliance mit den einmal festgelegten und als effizient erkannten Methoden (z.B. durch Fortbildungsmaßnahmen und Überprüfung der Umsetzung festgelegter Regime; Händehygiene),
- die Schaffung bzw. Pflege von Strukturen zur Rückkopplung von Überwachungsdaten über nosokomiale Infektionen sowie Antibiotikaresistenzdaten und den Antibiotikaverbrauch an die Anwender (z.B. Teilnahme an KISS und ARS),
- die Beratung des ärztlichen Personals zum rationalen Einsatz von Antibiotika (z.B. vor allem durch Teilnahme an Antibiotic Stewardship Programmen) sowie
- die Teilnahme an regionalen Netzwerken zur Verbesserung der Kommunikation zwischen zuweisenden medizinischen Einrichtungen.

Basierend auf diesen bewährten Konzepten und Empfehlungen wurden die zu treffenden Regelungen für die Einhaltung der Infektionshygiene in den relevanten Einrichtungen des Gesundheitswesens im Rahmen der Rechtsverordnung der Länder festgelegt.

Zu Nummer 9 (§ 29)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Nummer 10.

Zu Nummer 10 (§ 36)

Zu Buchstabe a)

Absätze 1 und 2 sind eine Folgeänderung zu Nummer 8.

Die Neufassung des Absatzes 3 trägt der verfassungsrechtlichen Beurteilung behördlicher Betretungs- und Besichtigungsrechte Rechnung. Betriebs- und Geschäftsräume, die allgemein zugänglich sind, unterfallen nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zu den üblichen Geschäftszeiten nicht unter den Schutz des Artikels 13 Absatz 1 Grundgesetz, sondern nur unter den des Artikels 2 Absatz 1 Grundgesetz. Rechte zum Betreten von Betriebsräumen greifen danach dann nicht in den Schutzbereich von Artikel 13 Absatz 1 Grundgesetz ein, wenn eine gesetzliche Vorschrift zum Betreten ermächtigt, das Betreten einem erlaubten Zweck dient und zur Erreichung dieses Zwecks erforderlich ist, ferner das Gesetz Zweck, Gegenstand und Umfang des Betretens erkennen lässt und das Betreten auf Zeiten beschränkt wird, in denen die Räume normalerweise für die betriebliche Nutzung zur Verfügung stehen (vgl. BVerfGE 32, 54, 76f). Die Norm ermöglicht infektionshygienische Überwachungsmaßnahmen auch dann, wenn noch keine konkrete Gefahr oder ein konkreter Gefahrenverdacht im Sinne des § 16 Absatz 1 vorliegt.

Zu Buchstabe b)

Für Maßnahmen nach dem neu gefassten Absatz 3 kann die Zitierung vom Artikel 13 Grundgesetz in Absatz 5 entfallen, da kein Eingriff in den Schutzbereich von Artikel 13 Absatz 1 Grundgesetz zugelassen wird.

Zu Nummer 11 (§ 73)

Zu Buchstabe a)

Zu Doppelbuchstabe aa)

Die Pflicht zur Bewertung der Aufzeichnungen über nosokomiale Infektionen und Erreger mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen sowie die nun ergänzte Ableitung von Schlussfolgerungen für den infektionspräventiven Handlungsbedarf und dessen Vermittlung und Umsetzung in der jeweiligen Einrichtung sind in der Praxis erforderlich, um die in wissenschaftlichen Studien nachgewiesenen Effekte einer Surveillance auch tatsächlich gewährleisten zu können. Aus diesem Grund wird eine Bußgeldbewehrung eingeführt, welche die Sanktionierung für den Fall ermöglicht, dass die Leiterin oder der Leiter einer Einrichtung die Aufzeichnung nosokomialer Infektionen und von Erregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen, die Mitteilung der aus der Bewertung abgeleiteten Präventionsmaßnahmen an das Personal oder deren Umsetzung nicht sicherstellt.

Zu Doppelbuchstabe bb)

Der bislang in § 73 Absatz 1 Nummer 9 enthaltene Ordnungswidrigkeitentatbestand für eine Verletzung der Aufbewahrungspflicht wird nun von § 73 Absatz 1 Nummer 9a erfasst.

Zu Doppelbuchstabe cc)

Bei § 73 Absatz 1 Nummer 10 handelt es sich um eine Folgeänderung zu Nummer 7.

Zu Doppelbuchstabe dd)

Das Unterlassen der Festlegung von Verfahrensweisen in Hygieneplänen in den in § 23 Absatz 5 Satz 1 genannten Einrichtungen kann als Ordnungswidrigkeit geahndet werden. Die Bußgeldbewehrung soll eine konsequente Umsetzung dieser für die Infektionsprävention zentralen Maßnahme sicherstellen.

Zu Doppelbuchstabe ee)

Zuwiderhandlungen gegen Vorschriften der von den Ländern zu erlassenden Rechtsverordnungen über die Krankenhaushygiene können als Ordnungswidrigkeit mit einem Bußgeld belegt werden.

Zu Buchstabe b)

Die Bußgeldhöhe bei Verstößen gegen die in § 23 Absatz 4 Satz 1 und 2 geregelten Sorgfaltspflichten wird an die für die Mehrzahl der Ordnungswidrigkeitentatbestände im IfSG vorgesehene Obergrenze von 25.000 Euro angepasst. Die Bußgeldhöhe von 2.500 Euro bei Zuwiderhandlung gegen die Aufbewahrungspflicht in § 23 Absatz 4 Satz 3 wird beibehalten.

Zu Artikel 2 (Änderung der Gefahrstoffverordnung)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Artikel 1 Nummer 8 und 10.

Zu Artikel 3 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 87)

Zu Buchstabe a)

Infektionen gehören zu den häufigsten Komplikationen medizinischer Behandlungen. Unter ihnen weisen vor allem die Fälle, bei denen sich Patientinnen und Patienten mit dem Methicillin-resistenten Staphylococcus-Aureus (MRSA) infizieren, vermehrt einen schweren Krankheitsverlauf auf. Die Resistenz schränkt die Behandlungsmöglichkeiten erheblich ein und begünstigt die weitere Verbreitung. Waren Patientinnen und Patienten mit multiresistenten Krankheitserregern lange Zeit ein ausschließlich den stationären Bereich betreffendes Problem, treten diese Fälle zunehmend auch in der ambulanten Versorgung

auf. Bisher wird der besondere Aufwand, der sich aus der Sanierungsbehandlung einschließlich geeigneter Dokumentation zur Evaluation, den mikrobiologischen Verlaufskontrollen oder der Betreuung MRSA-infizierter oder -besiedelter Patientinnen und Patienten ergibt, im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) nicht ausreichend berücksichtigt. Dies gilt auch für diagnostische (Abstrich-)Untersuchungen von Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Risiko einer MRSA-Besiedlung gemäß den Empfehlungen der KRINKO einschließlich Kontaktpersonen von MRSA-besiedelten bzw. -infizierten Patientinnen und Patienten.

Der neue Satz 3 bestimmt, dass für die ambulante Sanierung (Therapie) einschließlich Beratung und Dokumentation von MRSA-besiedelten bzw. MRSA-infizierten Patienten sowie für diagnostische Untersuchungen auf eine Besiedlung in indizierten Fällen gemäß den von der KRINKO benannten Risikogruppen eine gesonderte Gebührenordnungsposition in den EBM aufzunehmen ist. Es können auch differenzierte Gebührenordnungspositionen beschlossen sowie eine abgestaffelte Bewertung in Überweisungsfällen vorgesehen werden. Im Übrigen ist von den Partnern der Selbstverwaltung zu prüfen, ob für vorgenannte Fälle ein zusätzlicher Ausnahmetatbestand in das Kapitel Laboratoriumsmedizin des EBM aufzunehmen ist. Mit einer EBM-Regelung wird auch die Voraussetzung für die Erhebung valider Daten über die ambulante Sanierung (Therapie) von MRSA-Besiedlungen geschaffen. Insbesondere über Umfang, Ablauf und Erfolg der Sanierungen sowie behandelter MRSA-Infektionen ist unter Berücksichtigung der Empfehlungen der KRINKO eine zu erstellende Dokumentation zu vereinbaren, beispielsweise durch die Partner der Bundesmantelverträge im Rahmen einer Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Absatz 2. Die Dokumentation ist dabei quartalsweise elektronisch zusammen mit den Abrechnungsunterlagen anonymisiert an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zu übermitteln.

Satz 4 bestimmt, dass die Vergütungsvereinbarung auf zwei Jahre befristet zu treffen ist. Für die Bewertung und Vergütung ist zu prüfen, ob und gegebenenfalls in welchem Umfang eine Bereinigung von im EBM enthaltenen Pauschalen vorzunehmen ist. Zudem ist bei der Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen der durch diagnostische (Abstrich-) Untersuchungen entstehende Mehrbedarf an Laboratoriumsuntersuchungen insoweit zu berücksichtigen, als eine Vergütung dieser Leistungen nicht extrabudgetär erfolgt.

Des Weiteren ist eine Überprüfung der Vergütungsvereinbarung vor allem hinsichtlich der Auswirkungen auf die Versorgungsqualität und die Patientensicherheit bis zum 31. Oktober 2013 für eine geeignete Anschlussregelung durch die Selbstverwaltung vorzusehen. Hierzu sind die Auswertungsergebnisse der Abrechnungsfrequenzen sowie der Dokumentationen zu berücksichtigen.

Vor allem aus Gründen der Transparenz regelt Satz 5, dass das Ergebnis der Auswertungen qualitätssichernder Maßnahmen und der Abrechnungsdaten dem Bundesministerium für Gesundheit von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vorzulegen ist.

Satz 6 gibt dem Bundesministerium für Gesundheit die Möglichkeit, anstelle der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auch den Bewertungsausschuss mit der Vorlage eines Berichts zu beauftragen und diese Beauftragung an die Berichtspflicht zur Entwicklung der Vergütungs- und Leistungsstruktur nach Absatz 3a Sätze 2 und 3 zu knüpfen.

Satz 7 bestimmt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen die Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen (z.B. Anzahl der erteilten Genehmigungen, Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen) in den Bericht zur Versorgungsqualität nach § 136 Absatz 2 aufzunehmen haben.

Zu Buchstabe b)

Es handelt sich hierbei um eine Folgeänderung zu Buchstabe a, die klarstellt, dass die Voraussetzungen bzw. Anforderungen zur Abrechnung auch für die nach Absatz 2a Satz 3 aufzunehmenden Leistungen gilt. So sind beispielsweise begleitend zur Aufnahme einer MRSA-Vergütungsregelung die erforderlichen Qualifikations- bzw. Qualitätsnachweise (z. B. verpflichtende Teilnahme des Arztes an Fortbildungsveranstaltungen zu MRSA und Antibiotika-Verordnungen) in einer Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Absatz 2 durch die Partner der Bundesmantelverträge zu vereinbaren. Dabei sollte eine möglichst flächendeckende Teilnahme aller Vertragsärztinnen und -ärzten der relevanten Arztgruppen sichergestellt werden.

Zu Nummer 2 (§ 111)

Zu Absatz 5

Die Regelung ermöglicht den Vertragspartnern der zweiseitigen Vergütungsvereinbarungen nach Absatz 5 (Krankenkasse und Träger der stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung) im Falle der Nichteinigung die nach § 111b - neu - einzurichtende Schiedsstelle anzurufen und begründet damit nunmehr auch einen Konfliktlösungsmechanismus für die beteiligten Vertragspartner im stationären Vorsorge- und Rehabilitationensbereich, der zu einem zeitsparenden und flexiblen Interessenausgleich führen soll.

Mit der Einführung einer Schiedsstelle zu den Vergütungsverträgen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach Absatz 5 wird insbesondere ein geeignetes Instrument geschaffen, das bei Konflikten der Vertragspartner über die Höhe der Vergütung und die Kosten stationärer medizinischer Rehabilitation greift und das auf die Durchsetzung einer leistungsgerechten und angemessenen Vergütung abzielt.

Die Vergütungen zwischen den (einzelnen) Krankenkassen und den Trägern der zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen werden ohne staatliche Einwirkungsmöglichkeit frei vereinbart. Maßstab ist dabei eine an den Leistungen orientierte Preisgestaltung. Dabei ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gemäß § 71 Absatz 1 SGB V zu beachten.

Die vorgeschaltete Frist zur Anrufung der Schiedsstelle durch eine Vertragspartei, nachdem sie sich erfolglos um die Aufnahme von Verhandlungen mit dem Vertragspartner bemüht hat, dient zum einen der Vermeidung einer unmittelbaren und übereilten Anrufung der Schiedsstelle bei Konfliktlagen und beugt zum anderen einer restriktiven oder fehlenden Verhandlungsbereitschaft vor.

An die Vergütungsvereinbarung ist keine Belegungsgarantie der Krankenkasse gebunden. Die im Rahmen von Vergütungsverträgen oder künftig in einem Schiedsverfahren festgesetzten Vergütungen haben daher keine unmittelbare Auswirkung auf die Ausgaben der Krankenkasse.

Zu Nummer 3 (§ 111b)

Die Regelung verankert die Grundlagen zur Einrichtung und Besetzung der Schiedsstelle, die zu den vertraglichen Beziehungen eines Trägers einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung mit einer Krankenkasse nach § 111 Absatz 5 (zweiseitige Vergütungsverträge) zur Konfliktschlichtung auf Antrag einer Vertragspartei nach § 111 Absatz 5 angerufen werden kann.

Die Schiedsstelle wird auf der Landesebene eingerichtet; ihre paritätische Besetzung mit neutralem Vorsitz soll ausgewogene und die Interessen der Vertragspartner ausgleichende Konfliktlösungen gewährleisten. Das Ziel einer Konfliktlösung auf der einzelvertraglichen Ebene nach § 111 Absatz 5 Satz 1 korrespondiert mit der Besetzung der Schiedsstelle.

Die Landesregierungen werden nach Absatz 5 ermächtigt, das Nähere durch Rechtsverordnung zu regeln (mit Delegationsmöglichkeit auf oberste Landesbehörden).

Zu Nummer 4 (§ 137)

Zu Buchstabe a)

Zur Verbesserung der Patientensicherheit wird der Gemeinsame Bundesausschuss durch die Regelung in Absatz 1a Satz 1 damit beauftragt, in seinen Richtlinien Anforderungen an die Qualität der Hygiene in der Versorgung festzulegen. Durch den Verweis auf Absatz 1 ist klargestellt, dass der Gemeinsame Bundesausschuss für die Hygiene neben den Indikatoren für die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung weitere geeignete Anforderungen beispielsweise zum internen Qualitätsmanagement oder zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität bestimmt. Um eine Bewertung der Qualität der hygienischen Versorgung im Bereich der Krankenhäuser sicherzustellen, wird der Gemeinsame Bundesausschuss außerdem verpflichtet, Indikatoren festzulegen, mit denen relevante Qualitätsaspekte der hygienischen Versorgung geprüft und zwischen den Einrichtungen verglichen werden können. Um Fehlinterpretationen bei der Beurteilung der Hygienequalität aufgrund besonderer Leistungsschwerpunkte und spezieller Behandlungsrisiken der Krankenhäuser zu vermeiden, sind die Indikatoren risikoadjustiert zu erheben und auszuwerten.

Damit die Vorgaben zur Verbesserung der Hygienequalität möglichst zeitnah festgelegt werden, wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss nach Satz 2 eine Frist bis zum 31. Dezember 2012 für die erstmalige Entwicklung entsprechender Anforderungen vorgegeben. Diesen Zeitraum benötigt der Gemeinsame Bundesausschuss, um mit Hilfe des unabhängigen Institutes nach § 137a wissenschaftlich fundierte Indikatoren für die Qualitätsbewertung und Verfahren zu ihrer Erhebung in themenspezifischen Bestimmungen festzulegen.

Die Verpflichtung nach Satz 3 gewährleistet bei den Anforderungen an die Qualitätssicherung die erforderliche Einbeziehung von Erkenntnissen zu bereits etablierten Systemen zur Erfassung, Auswertung und Rückkopplung von nosokomialen Infektionen, antimikrobiellen Resistenzen und zum Antibiotika-Verbrauch. Diese betreffen insbesondere das Krankenhausinfektions-Surveillance-System (KISS) am Nationalen Referenzzentrum für die Surveillance Nosokomialer Infektionen und das Antibiotikaresistenz-Surveillance-Systems (ARS) am Robert Koch-Institut. Auf diese Weise kann die dort vorhandene Expertise über geeignete Indikatoren und deren Erfassung sowie vorhandenes Fachwissen effizient genutzt werden. Ergänzend sollen auch veröffentlichte Empfehlungen der KRINKO und der neu eingerichteten Kommission ART durch den Gemeinsamen Bundesausschuss gewürdigt werden. Damit ist gesichert, dass die von anerkannten Fachgremien des Robert Koch-Instituts als notwendig bewerteten Maßnahmen auch bei den durch die Selbstverwaltung durchgeführten Qualitätserhebungen und -vergleichen im Bereich der Hygiene berücksichtigt werden.

Durch Absatz 1b Satz 1 wird den Krankenhäusern vorgegeben, dass ausgewählte Ergebnisse der Messungen zur Hygienequalität der Krankenhäuser in den Qualitätsberichten zu veröffentlichen sind, damit sich Interessierte unmittelbar über die Hygienesituation informieren können. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt dies in seinen Anforderungen an die Qualitätsberichte fest.

Um die Transparenz zum Stand der Hygiene in den Krankenhäusern kurzfristig zu erhöhen, soll der Gemeinsame Bundesausschuss nach Satz 2 in seinen Anforderungen dafür Sorge tragen, dass geeignete, gegenwärtig bereits verfügbare Informationen zum Stand der Hygiene umgehend in die Qualitätsberichte aufgenommen werden. Dies betrifft derzeit in der einrichtungsübergreifenden stationären Qualitätssicherung bereits erhobene - aber nicht veröffentlichte - Daten zur Hygienequalität sowie sonstige Informationen über

Aktivitäten der Krankenhäuser zur Verbesserung der Hygiene, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss in den Vorgaben für die Qualitätsberichte zukünftig erfasst werden sollen. Dabei kann es sich beispielsweise um die Beteiligung der Krankenhäuser an Infektions-Surveillance-Systemen oder den Einsatz von Hygienefachkräften handeln.

Zu Buchstabe b)

Mit der Änderung wird vorgegeben, dass die Veröffentlichung der Qualitätsberichte der Krankenhäuser jährlich und nicht mehr wie bisher im Abstand von zwei Jahren zu erfolgen hat. Durch die Inkrafttretensregelung dieser Änderung zum 1. Januar 2013 erhält der Gemeinsame Bundesausschuss Gelegenheit, die Anforderungen an die Qualitätsberichte besser auf eine jährliche Berichterstattung auszurichten. Dabei steht im Vordergrund die Anforderungen an die Inhalte der Qualitätsberichte insbesondere auf ihre Notwendigkeit und ihren Informationsgehalt für Interessierte zu überprüfen, um den Aufwand der Krankenhäuser für die Erstellung zu begrenzen und die Nutzungsmöglichkeit zu erhöhen. Zu diesem Zeitpunkt des Inkrafttretens sind nach der Regelung in Absatz 1a die Indikatoren zur Beurteilung der Hygienequalität erstmals beschlossen, sodass die notwendige Transparenz hierüber nach ihrer Implementierung zeitnah in den Qualitätsberichten hergestellt werden kann. Die Qualitätsberichte enthalten neben Informationen über das Leistungsspektrum und die Ausstattung der Krankenhäuser insbesondere Angaben über Maßnahmen der Qualitätssicherung und ihre Ergebnisse, auch für den Bereich der Hygiene in den Krankenhäusern. Die Änderung auf eine jährliche Veröffentlichungspflicht ist erforderlich, da sich nur möglichst aktuelle Qualitätsberichte für Patientinnen und Patienten als Orientierungshilfe bei der Wahl eines Krankenhauses und für die Außendarstellung der Kliniken eignen.

Zu Nummer 5 (§ 281 Absatz 2)

Mit der Neuregelung wird das Recht der Krankenkassen bezüglich des Aufbaus von Deckungskapital für Altersversorgungszusagen auf die Medizinischen Dienste übertragen. Die Medizinischen Dienste bekommen damit Zeit, ein wertgleiches Deckungskapital bezüglich des voraussichtlichen Barwertes ihrer Verpflichtungen aus Altersversorgungszusagen nicht sofort, sondern erst bis zum 31. Dezember 2049 zu bilden. Mit dieser zeitlichen Streckung ist eine finanzielle Entlastung verbunden, da die jährlichen Zuführungen durch die zeitliche Streckung geringer ausfallen können. Die Anwendung der Regelung des § 171e SGB V führt nicht zu einer finanziellen Doppelbelastung der Medizinischen Dienste. Soweit sie Zahlungen an einen Versorgungsträger (z.B. Unterstützungskassen) leisten bzw. geleistet haben, haben diese eine befreiende Wirkung, sodass ein wertgleiches Deckungskapital nicht mehr aufgebaut werden muss. Auch Rückstellungen müssen insoweit nicht gebildet werden, sondern nur insoweit, als wegen nicht ausreichender Zahlungen noch eigene Verpflichtungen der Medizinischen Dienste bestehen.

Die geplante Änderung trägt auch einer Forderung des Bundesrates Rechnung. Dieser hatte die Bundesregierung im Rahmen der Beratungen der 4. Verordnung zur Änderung der Sozialversicherungs-Rechnungsverordnung mit Beschluss vom 26. November 2010 aufgefordert, unverzüglich gesetzgeberische Maßnahmen einzuleiten, damit für den MDK die gleichen Fristen zum Aufbau von Rückstellungen für die Altersvorsorge von Bedienten gelten wie bei den Krankenkassen.

Zu Nummer 6 (§ 282)

Die Neuregelung bezüglich der Medizinischen Dienste soll auch für den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen gelten.

Zu Nummer 7 (§ 285 Absatz 3 Satz 2)

Ziel der Gesetzesänderung ist es, den Kassenärztlichen Vereinigungen zu ermöglichen, die aus der Durchführung einer Qualitätsprüfung rechtmäßig erhobenen und gespeicher-

ten personenbezogenen Daten der geprüften Ärztinnen und Ärzte neben den ärztlichen und zahnärztlichen Stellen nach § 17a Röntgenverordnung (RöV) auch den ärztlichen Stellen nach § 83 der Strahlenschutzverordnung (StrlSchV) zu übermitteln, soweit dies für die Durchführung von Qualitätsprüfungen erforderlich ist.

Nach § 17a RöV ist es Aufgabe der ärztlichen und zahnärztlichen Stellen zu prüfen, ob qualitätssichernde Maßnahmen bei der Anwendung von Röntgenstrahlung eingehalten werden. Die von den Kassenärztlichen Vereinigungen übermittelten Daten sind eine wichtige Grundlage für die Prüftätigkeit der ärztlichen und zahnärztlichen Stellen.

Für den Bereich der Anwendung radioaktiver Stoffe oder ionisierender Strahlung am Menschen - im Anwendungsbereich der Strahlenschutzverordnung - wird die Einhaltung qualitätssichernder Maßnahmen durch die ärztlichen Stellen nach § 83 StrlSchV geprüft. Die Stellen nach § 17a RöV und § 83 StrlSchV nehmen somit vergleichbare Aufgaben wahr und benötigen die Daten, die die Kassenärztlichen Vereinigungen aus der Durchführung von Qualitätsprüfungen erhoben haben, in gleicher Weise.

Die in § 285 Absatz 3 Satz 2 SGB V derzeit fehlende Möglichkeit, Daten an die ärztlichen Stellen nach § 83 StrlSchV zu übermitteln, kann dazu führen, dass der Stelle nach § 83 StrlSchV nicht alle zur Überprüfung notwendigen Daten vorliegen, insbesondere Angaben über das vollständige Tätigkeitsspektrum eines Arztes. So kann z.B. nicht überprüft werden, ob gegenüber der ärztlichen Stelle auch wirklich alle durchgeführten Untersuchungs- und Therapiemethoden angegeben wurden.

Ein Grund für die derzeit fehlende Möglichkeit einer Datenübermittlung an die ärztlichen Stellen nach § 83 StrlSchV ist nicht gegeben. Die ärztlichen Stellen nach StrlSchV sind erst eingeführt worden, als die ärztlichen und zahnärztlichen Stellen nach RöV schon bestanden. Jedoch ist die erforderliche Folgeänderung des § 285 Absatz 3 Satz 2 SGB V bei Einführung der ärztlichen Stellen nach StrlSchV nicht erfolgt. Mit der Gesetzesänderung soll diese Gesetzeslücke geschlossen werden.

Zu Nummer 8 (§ 293)

Zu Buchstabe a)

Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG) wurde mit Artikel 1 Nummer 197 Buchstabe a) Doppelbuchstabe bb) (§ 293 Absatz 1 Satz 2 SGB V) die gesetzliche Grundlage für die Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen geschaffen. Dabei wurden versehentlich die Spitzenorganisationen der anderen Sozialversicherungszweige nicht berücksichtigt, insbesondere die Deutsche Rentenversicherung Bund, die Knappschaft Bahn See, der Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung sowie die Spitzenorganisationen der Unfallversicherungsträger. Da jedoch die genannten Sozialversicherungszweige gleichermaßen die Institutionskennzeichen benötigen und nutzen und auch schon früher an dem Verfahren beteiligt waren, wird nunmehr die gesetzliche Grundlage für ihre Mitgliedschaft in der Arbeitsgemeinschaft geschaffen. Die genannten Spitzenverbände und -organisationen haben aufgrund der früheren Beteiligung am Verfahren auch in der Zwischenzeit ohne rechtliche Grundlage in der Arbeitsgemeinschaft mitgewirkt und diese mitfinanziert. Die durch die Beteiligung an der Arbeitsgemeinschaft anfallenden Kosten sind daher bereits in den entsprechenden Haushalten der Spitzenverbände und -organisationen vorgesehen, so dass keine zusätzlichen neuen Belastungen für die o.g. Spitzenverbände und -organisationen entstehen.

Auch die Postbeamtenkrankenkasse (PBeaKK), von deren Versicherten ein Teil (Mitglieder der Gruppe A) Leistungen nach dem Sachleistungsprinzip erhalten, verwendet bei der direkten Abrechnung der Leistungen mit den Leistungserbringern Institutionskennzeichen. Daher ist die Aufnahme der PBeaKK in die Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen im Hinblick auf die Durchführung der automatisierten Abrechnungsverfahren erforderlich.



Zu Buchstabe b)

Zu Buchstabe aa)

Das in Artikel 11a des Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz – AMNOG) enthaltene Gesetz über Rabatte für Arzneimittel regelt, dass den Unternehmen der privaten Krankenversicherung, den Trägern der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Grundsätzen sowie den sonstigen Trägern von Kosten in Krankheitsfällen in gleichem Umfang Rabatte entsprechend § 130a Absatz 1, 1a, 2, 3, 3a und 3b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch für Arzneimittel zu gewähren sind, wie diese den Krankenkassen der gesetzlichen Krankenversicherung zustehen. Nach § 2 des Gesetzes über Rabatte für Arzneimittel muss zum Nachweis des Rabattanspruchs u.a. den pharmazeutischen Unternehmen das Apothekenkennzeichen (Institutionskennzeichen) der das Mittel abgebenden Apotheke übermittelt werden. Hierfür ist es unverzichtbar, dass die zentrale Stelle ein Verzeichnis nach § 293 Absatz 5 SGB V erhält. Das Verzeichnis wird zur Prüfung des Institutionskennzeichens benötigt.

Eine Prüfung des Kennzeichens ist insbesondere aus folgenden Gründen unverzichtbar:

- Eingabefehler bei manuell eingegebenen Institutionskennzeichen für Apotheken müssen ausgeschlossen werden.
- Erfahrungen aus der Praxis haben gezeigt, dass bei Apotheken Änderungen von Namen oder Anschrift erfolgen können mit der Folge, dass die Institutionskennzeichen korrekturbedürftig sind.
- Für einzelne Apotheken könnten mehrere Institutionskennzeichen vergeben sein; eine richtige Zuordnung wird dann nur über das Verzeichnis ermöglicht.
- Bei Verwendung nicht geeigneter Verordnungsblätter kann bei der Übertragung von Angaben auf das Verordnungsblatt in der Apotheke das Institutionskennzeichen teilweise oder ganz fehlen. In diesen Fällen kann das Institutionskennzeichen ohne aufwendige Rückfragen nur mit Hilfe des o.g. Verzeichnisses ergänzt werden.

Zur Geltendmachung der Abschläge müssen den pharmazeutischen Unternehmen korrekte Datensätze übermittelt werden. Dazu müssen bestimmte Plausibilitätsprüfungen bei der zentralen Stelle erfolgen. Diese beinhalten auch eine Prüfung des Institutionskennzeichens auf seine Richtigkeit. Da insbesondere bei einer großen Anzahl von Beihilfestellen die Daten manuell eingegeben werden müssen, ist ein automatischer Abgleich unverzichtbar. Fehlerhafte Abrechnungen lassen sich daher nur vermeiden, wenn die zentrale Stelle, ebenso wie der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, regelmäßig das Verzeichnis der Institutionskennzeichen für Apotheken in maschinenlesbarer Form erhält, um entsprechende automatisierte Prüfverfahren einsetzen zu können. Durch die vorgesehene Kostentragungspflicht der Zentralen Stelle wird sichergestellt, dass die zur Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker nicht mit zusätzlichem finanziellem Aufwand belastet wird.

Zu Buchstabe bb)

Durch diese Ergänzung wird die Verwendung des Verzeichnisses durch die Zentrale Stelle, die Träger der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften, die Unternehmen der privaten Krankenversicherung sowie die sonstigen Träger von Kosten in Krankheitsfällen auf den Zweck zum Nachweis der Abschläge nach § 2 des Gesetzes über Rabatte für Arzneimittel beschränkt. Die Zentrale Stelle darf das ihr übermittelte Verzeichnis den Trägern der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften, den Unternehmen der privaten Kran-

kenversicherung sowie den sonstigen Trägern von Kosten in Krankheitsfällen übermitteln, da diese die Daten erfassen und dort der Abgleich erfolgen muss.

Zu Artikel 4 (Änderung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes)

Zu Nummer 1 (Artikel 5)

Das Konzept der Weiterleitungsstellen wird nicht mehr weiterverfolgt. Nach der ursprünglichen, mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) geschaffenen Gesetzeslage sollten die Weiterleitungsstellen zum 1. Januar 2011 eingerichtet werden. Nach Prüfung und enger Abstimmung aller Beteiligten wurde das Inkrafttreten der Regelung aber mit dem Dritten Gesetz zur Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 5. August 2010 (BGBl. I S. 1127) um ein Jahr zum 1. Januar 2012 zeitlich aufgeschoben. Damit sollten insbesondere die Beratungen zum GKV-Finanzierungsgesetz vom 22. Dezember 2010 (BGBl. I S. 2309) und sich daraus ggf. ergebende Konsequenzen für die Weiterleitungsstellen abgewartet werden.

Das GKV-Finanzierungsgesetz ist zum 1. Januar 2011 in Kraft getreten. Es hat sich gezeigt, dass die Weiterleitungsstellen im Hinblick auf die neue Finanzstruktur der GKV nicht erforderlich sind. Zudem – darauf hatten auch die Verbände der Krankenkassen hingewiesen – würden mit den Weiterleitungsstellen letztlich doppelte Strukturen geschaffen; auch eine spürbare Entlastung der Arbeitgeber wäre damit nicht verbunden. Daher wird an dem Konzept der Weiterleitungsstellen nicht mehr festgehalten. Dies entspricht im Übrigen einer Forderung des Bundesrates aus dessen Stellungnahme vom 24. September 2010 zum Entwurf eines Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes – Bundesrats-Drucksache 484/10 (Beschluss).

Zu Nummer 2 (Artikel 46)

Als redaktionelle Folgeänderung wird auch die Inkrafttretensregelung zu den Weiterleitungsstellen aufgehoben.

Zu Artikel 5 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes - § 10 Absatz 12)

Die Regelung stellt klar, dass für die Berücksichtigung der Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms in dem ab dem 1. Januar 2012 geltenden Landesbasisfallwert die durch die Veränderungsrate oder den Veränderungswert nach Absatz 4 gesetzte Obergrenze keine Anwendung findet. Damit wird ebenso wie bei den Mitteln zur Finanzierung der Mehrkosten infolge der Abschaffung des Arztes im Praktikum (§ 10 Absatz 11 Satz 1) und den Finanzierungsbeträgen zur Verbesserung der Arbeitszeitbedingungen (§ 10 Absatz 11 Satz 2) gewährleistet, dass die zunächst krankhausindividuell vereinbarten zusätzlichen Mittel des Pflegestellen-Förderprogramms vollständig im Landesbasisfallwert berücksichtigt werden. Dieser Transfer von der krankhausindividuellen Ebene zum Landesbasisfallwert ist nicht mit Mehrausgaben verbunden.

Zu Artikel 6 (Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1 (§ 97c)

Die Ergänzung in Nummer 1 stellt eine notwendige datenschutzrechtliche Folgeänderung der Einbeziehung des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. in die Aufgaben der Qualitätssicherung und Qualitätsprüfung nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch dar und schafft die notwendigen Datenverarbeitungsbefugnisse. Der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. wird durch die Regelung hinsichtlich der Erhebung und Verwendung von Daten, die bei der Ausführung von Qualitätsprüfungen im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen nach §§ 114, 114a dieses Buches erhoben werden, dem gleichen datenrechtlichen Reglement unterstellt wie der Medizinische Dienst der Krankenkassen.

Zu Nummer 2 (§ 112)

Die Regelung ist eine Folgeänderung der unabhängigen Ausübung der Prüftätigkeit durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V.. Als neben dem MDK tätige Prüfinstitution soll der Prüfdienst auch in Fragen der Qualitätssicherung beratend tätig sein können.

Zu Nummer 3 (§ 114)

Zu Buchstabe a)

Die Regelung gibt den Landesverbänden der Pflegekassen verbindlich vor, dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. Prüfaufträge im Umfang von zehn vom Hundert aller Prüfaufträge zuzuweisen. Die Quote von 10 Prozent bezieht sich dabei auf das gesamte Bundesgebiet; abweichende Quoten in den jeweiligen Zuständigkeitsbereichen der Landesverbände der Pflegekassen sind möglich. Nach der bisherigen Regelung in § 114a Absatz 5 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) haben sich die privaten Versicherungsunternehmen mit 10 Prozent an den Kosten der Qualitätsprüfungen der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zu beteiligen. Mit der Änderung wird ein Anspruch der privaten Pflegeversicherung auf die Erteilung von Prüfaufträgen in diesem Umfang durch die Landesverbände der Pflegekassen geregelt.

Zu Buchstabe b)

Zu Doppelbuchstabe aa)

Es handelt sich um eine Folgeänderung.

Zu Doppelbuchstabe bb)

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu Artikel 1 Nummern 7 und 8.

Zu Buchstabe c)

Es handelt sich um eine Folgeänderung. Der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V hat wie der MDK stets eine Prüfung der Ergebnisqualität durchzuführen, wenn Prüfergebnisse von unabhängigen Sachverständigen oder Prüfinstitutionen vorliegen.

Zu Nummer 4 (§ 114a)

Zu Buchstabe a)

Es handelt sich um Folgeänderungen.

Zu Buchstabe b)

Es handelt sich um Folgeänderungen.

Zu Buchstabe c)

Es handelt sich um eine Folgeänderung.

Zu Buchstabe d)

Durch die Neufassung des Absatzes 5 wird aufbauend auf der bisherigen Vorschrift bestimmt, dass die Pflicht der privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflegepflichtversicherung durchführen, sich an den Kosten der Qualitätsprüfungen der ambulan-

ten und stationären Pflegeeinrichtungen bis zu einem Betrag in Höhe von 10 Prozent zu beteiligen, weiter gilt, soweit die in § 114 Absatz 1 Satz 1 genannte Prüfquote durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. nicht erfüllt wird. Dabei müssen die Gründe für die Nichterfüllung der Prüfquote vom Prüfdienst oder dem Verband der privaten Krankenversicherung e.V. zu vertreten sein. Die Feststellung des Umfangs der Prüftätigkeit und des Finanzierungsanteils, der sich aus einer Unterschreitung der in § 114 Absatz 1 Satz 1 genannten Quote von 10 Prozent ggf. ergibt, obliegt dem Bundesversicherungsamt.

Zu Buchstabe e)

Der Absatz 5a wird neu eingefügt und regelt notwendige Grundlagen für die Durchführung der Prüftätigkeit durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. Da der Prüfdienst seine Tätigkeit auf Grundlage einer Beauftragung durch die Landesverbände der Pflegekassen durchführt, ist eine Abstimmung der notwendigen Verfahren zwischen gesetzlichen Pflegekassen und der privaten Pflege-Pflichtversicherung notwendig. Das Nähere hierzu soll durch den Spitzenverband Bund der Pflegeversicherung und den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. im Rahmen einer Vereinbarung geregelt werden. Dabei sind insbesondere folgende Punkte zu beachten:

- Hinsichtlich der auf das Bundesgebiet bezogene Prüfquote können regionale Besonderheiten berücksichtigt und abweichende Prüfquoten ermöglicht werden;
- die Auswahl der durch den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. zu prüfenden Pflegeeinrichtungen ist offen zu gestalten, etwa durch ein Zufallsprinzip;
- soweit die Prüftätigkeit der Medizinischen Dienste einem Qualitätssicherungsverfahren unterzogen wird, etwa mit dem Ziel einer einheitlichen Prüfpraxis, ist sicherzustellen, dass der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. sich daran beteiligt.

Die Vereinbarungen sollen insbesondere auch dem Ziel dienen, die unter Qualitätssicherungsgesichtspunkten zwingend notwendige bundesweite Einheitlichkeit des Prüfgeschehens zu gewährleisten.

Zu Buchstabe f)

Zu Doppelbuchstabe aa)

Es handelt sich um eine Folgeänderung. Auf der Grundlage seiner Prüftätigkeit hat sich der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. an der in diesem Absatz geregelten regelmäßigen Berichtspflicht über Erfahrungen mit der Anwendung der Beratungs- und Prüfvorschriften, über die Ergebnisse von Qualitätsprüfungen sowie über Erkenntnisse zum Stand und zur Entwicklung der Pflegequalität und der Qualitätssicherung zu beteiligen.

Zu Doppelbuchstabe bb)

Es handelt sich um eine Folgeänderung.

Zu Buchstabe g)

Zu Doppelbuchstabe aa)

Es handelt sich um eine Folgeänderung. Der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. ist an der Erarbeitung von Richtlinien über die Prüfung der in

Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität (Qualitätsprüfungs-Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen) zu beteiligen.

Zu Doppelbuchstabe bb)

Darüber hinaus wird bestimmt, dass die unter seiner Beteiligung entstandenen Qualitätsprüfungs-Richtlinien in gleicher Weise für den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. wie für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung gelten. Der Prüfdienst hat bei der Durchführung der Qualitätsprüfungen die gleichen Maßstäbe wie der Medizinische Dienst der Krankenversicherung zu beachten. Ziel der Qualitätsprüfungs-Richtlinien ist eine Erfassung der Qualität in den Pflegeeinrichtungen nach einheitlichen Kriterien und Verfahren.

Zu Nummer 5 (§ 115)

Zu Buchstabe a)

Es handelt sich um eine Folgeänderung, die die Mitteilungspflicht des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. klarstellt.

Zu Buchstabe b)

Zu Doppelbuchstaben aa) und bb)

Es handelt sich um eine Folgeänderung, die die Beteiligung des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. an den in dieser Vorschrift geregelten Verfahren zur Veröffentlichung von Prüfergebnissen – Transparenz der Pflegequalität – sicherstellt.

Zu Doppelbuchstabe cc)

Die Regelung stellt sicher, dass bei einer notwendig werdenden Weiterentwicklung der Transparenzvereinbarungen nach § 115 Absatz 1a SGB XI dauerhaft ein Konfliktlösungsmechanismus zur Klärung von Streitpunkten eingerichtet wird, die zwischen den Vereinbarungspartnern auf dem Verhandlungsweg nicht zu lösen sind. Damit werden Erfahrungen aus den Diskussions- und Verhandlungsprozessen zu den Transparenzvereinbarungen sowie Forderungen der großen Mehrheit der Vereinbarungspartner einschließlich des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen aufgegriffen. Die bereits enthaltenen Vorschriften über die frühzeitige Beteiligung von maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen, unabhängige Verbraucherorganisationen auf Bundesebene sowie der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene gelten dabei unverändert fort; eine Weiterentwicklung dieser Rechte wird geprüft.

Satz 9 regelt grundsätzlich, dass die Transparenzvereinbarungen an den medizinisch-pflegerischen Fortschritt anzupassen sind. Dies korrespondiert mit der bestehenden gleichlautenden Vorschrift in § 114a Absatz 7 Satz 4.

In Satz 10 wird die Verhandlungsfrist nach einer schriftlichen Aufforderung zur Neuverhandlung durch einen Vereinbarungspartner auf drei Monate bestimmt, bevor ein Vereinbarungspartner die Schiedsstelle anrufen kann. Damit wird der notwendige Vorlauf für konstruktive Verhandlungen sichergestellt.

Satz 11 schafft unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit einer Fristverkürzung. Wenn nach einer erforderlichen Beratung, zu der alle Vereinbarungspartner eingeladen wurden, durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen und mindestens zwei Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene einvernehmlich festgestellt

wird, dass eine einvernehmliche Einigung nicht zustande kommt, können diese gemeinsam ohne Frist die Schiedsstelle anrufen.

Satz 12 setzt die Frist für eine Entscheidung der Schiedsstelle auf drei Monate fest; der Zeitraum entspricht der Regelung, die bei der Erstfestsetzung der Transparenzvereinbarungen in § 115 Absatz 1a Satz 9 a.F. vorgesehen war.

Satz 13 regelt, dass die für den ambulanten bzw. den stationären Bereich vereinbarten Transparenzvereinbarungen (PTV-A) und (PTV-S) im Falle einer Überarbeitung jeweils bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung, sei es auf Grundlage eines Verhandlungsergebnisses oder eines Schiedsstellenentscheides, fortgelten.

Zu Buchstabe c)

Es handelt sich um eine Folgeänderung. Wenn aus den Prüfungen des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. schwerwiegende Mängel in der ambulanten Pflege erkennbar werden, kann dem Pflegedienst die weitere Betreuung des Pflegebedürftigen durch die zuständige Pflegekasse auf Empfehlung des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. vorläufig untersagt werden. Dies gilt sinngemäß auch, wenn schwerwiegende, kurzfristig nicht behebbare Mängel in der stationären Pflege festgestellt werden (Absatz 4).

Zu Nummer 6 (§ 117)

Es handelt sich um Folgeänderungen. Geregelt wird, dass der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. sich in gleicher Weise wie der Medizinische Dienst der Krankenversicherung an der engen Zusammenarbeit (gegenseitige Information und Beratung, Terminabsprachen oder Verständigung über notwendige Maßnahmen) mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden bei der Überprüfung der Pflegeeinrichtungen zu beteiligen hat. Dies dient einem effektiven und unbürokratischen Prüfgeschehen. Die dabei für den Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. durch die Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden entstehenden Kosten sind durch ihn zu tragen.

Zu Artikel 7 (Inkrafttreten)

Artikel 7 regelt das Inkrafttreten des Gesetzes.

Dokumentenname	EntwurfInfektionsschutzG_AE (bereinigt).doc
Ersteller	BMG
Stand	11.03.2011 09:19



Deutscher Evangelischer Verband für  
Altenarbeit und Pflege e.V.

DEVAP  
online



DEVAP  
online  
Druckversion  
n der Seite:  
Meldung im  
Detail

---

21.07.2010

## **DEVAP warnt vor Korrektur-Endlosschleife - Wissenschaftliche Untersuchung zeigt Stärken und Schwächen des „Pflege-TÜVs“**

Heute wurde eine bereits erwartete Evaluation des Pflege-Transparenzverfahrens veröffentlicht. „Wir befürworten das detaillierte und fundierte Herausarbeiten der Stärken und Schwächen des Instruments“, erklärt dazu Wilfried Voigt, Vorsitzender des Deutschen Evangelischen Verbands für Altenarbeit und Pflege e. V. (DEVAP).

---

„Nun heißt es für die Verhandlungspartner der Pflegetransparenzvereinbarung, auf denen die Pflegenoten basieren, sich mit der Kritik an dem Instrument auseinander zu setzen. Wir fordern, dass in einem offenen Dialog mit allen Beteiligten an Lösungen gearbeitet wird, damit der gesetzliche Auftrag, Transparenz in der Altenpflege zu schaffen, endlich zufrieden stellend umgesetzt werden kann. Bürger sollen sich über die Qualität und das Angebot eines Heims oder eines Pflegedienstes informieren können, aber in aussagekräftiger Form.“ „Wir warnen vor Schnellschüssen bei der Überarbeitung, so wie sie zum Beispiel der GKV mit dem Einführen von Risikokriterien in ein sowieso komplexes Verfahren vorschlägt. „Bei zu schnellen, nicht allseitig vereinbarten Nachbesserungen oder Kompromissen besteht die Gefahr, dass das nächste Konzept auch nicht geeignet ist und wir uns in eine Schleife der ewigen Nachbesserungen begeben. Dann lieber einmal richtig!“ so Voigt weiter. „Vom Gesetzgeber ist gefordert, dass die Ergebnis und Lebensqualität dargestellt wird. Das ist augenscheinlich mit dem jetzigen Instrument nicht zu erfüllen.“ Hierbei könnte das im November erwartete Ergebnis der wissenschaftlichen Expertise zur ‚Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität‘ hilfreich sein.

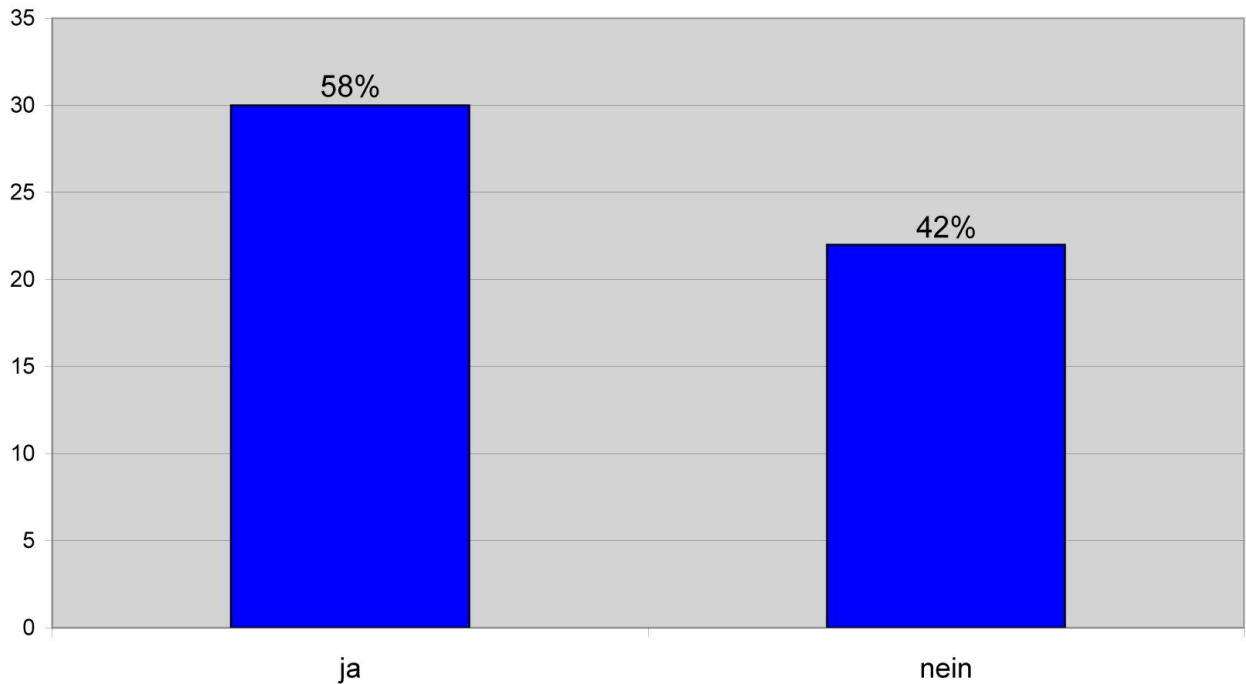
---

[zurück](#)



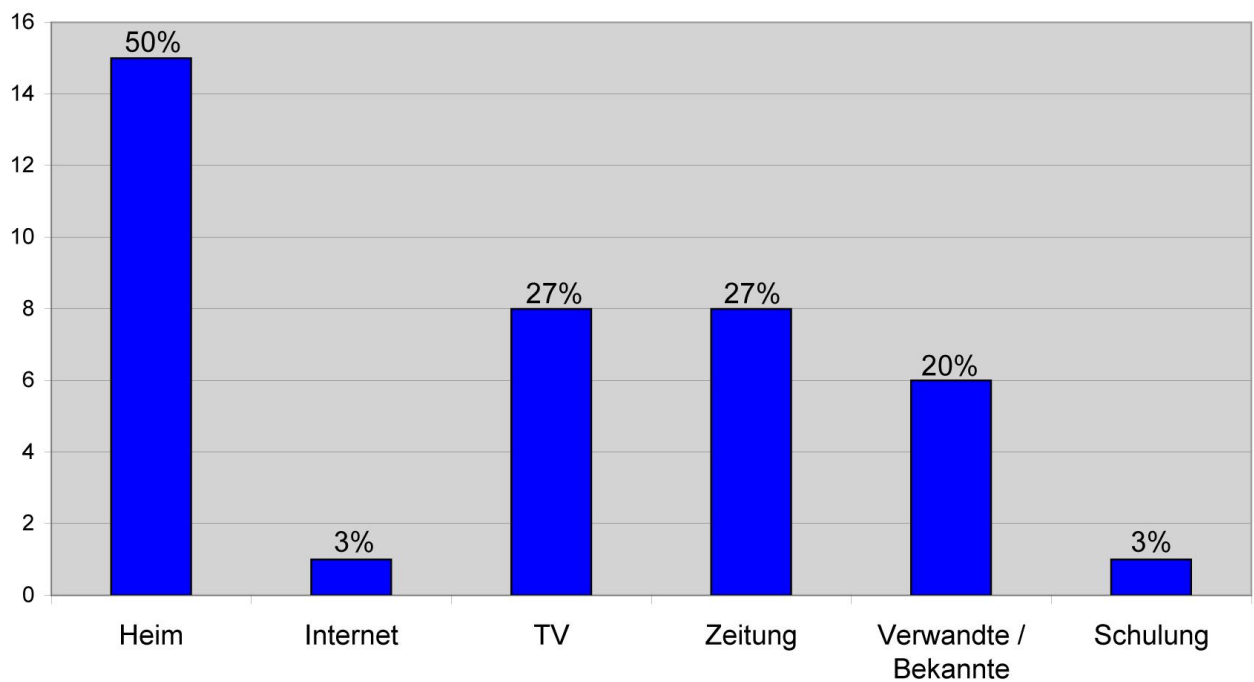


1. Ist Ihnen bekannt, dass jede Einrichtung benotet wird und Sie das Ergebnis im Internet einsehen können (Transparenzbericht/Pflegenoten)?

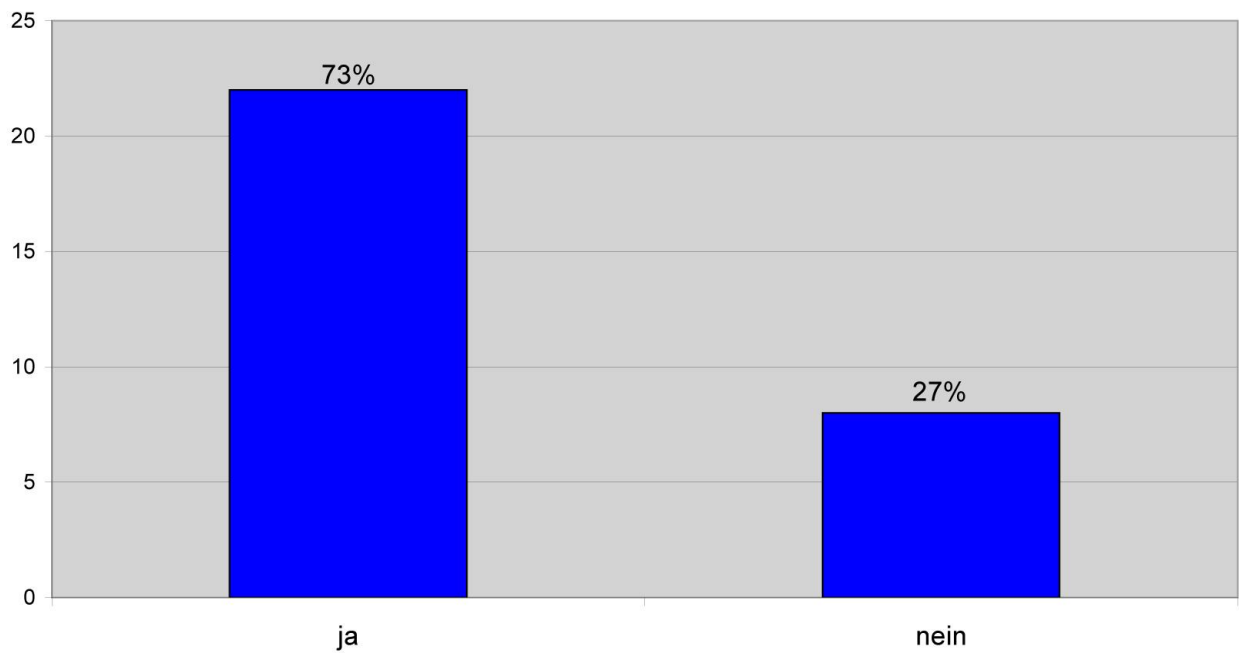


Bei den Fragen 1.1 bis einschließlich 4.1 wurden nur die Fragebögen berücksichtigt, bei denen in Frage 1 mit "Ja" geantwortet wurde.

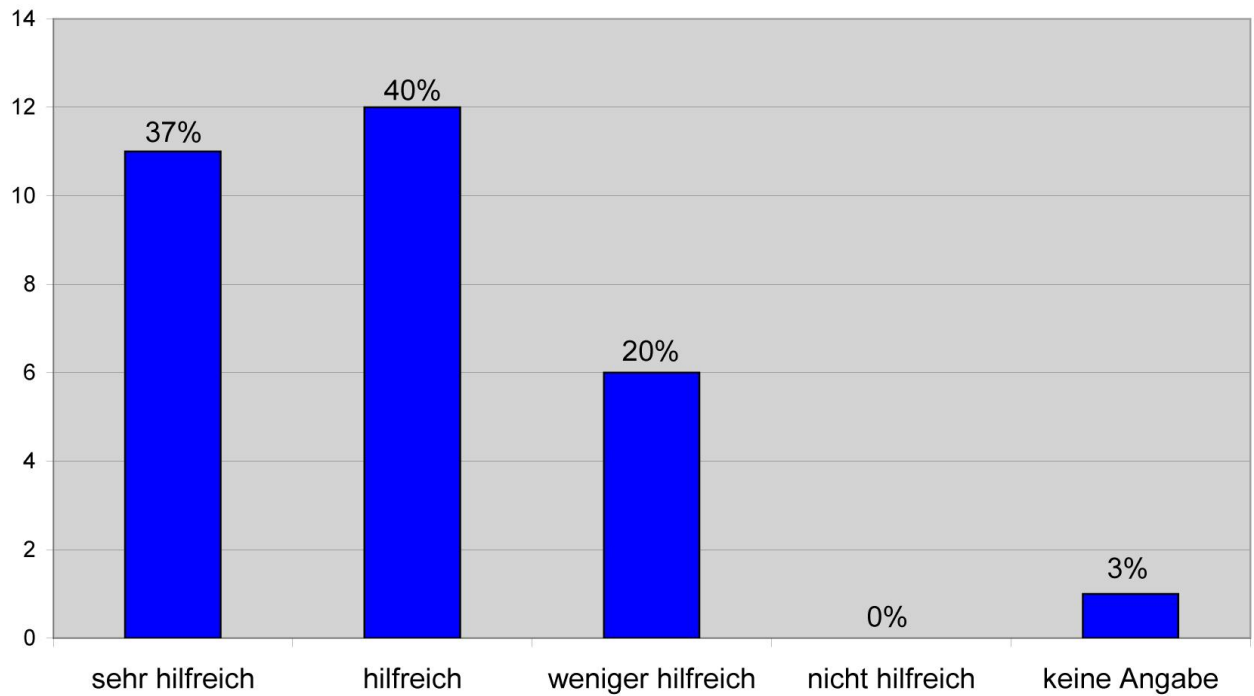
1.1 Wenn ja, wie haben Sie davon erfahren?  
(Mehrfachnennungen möglich)



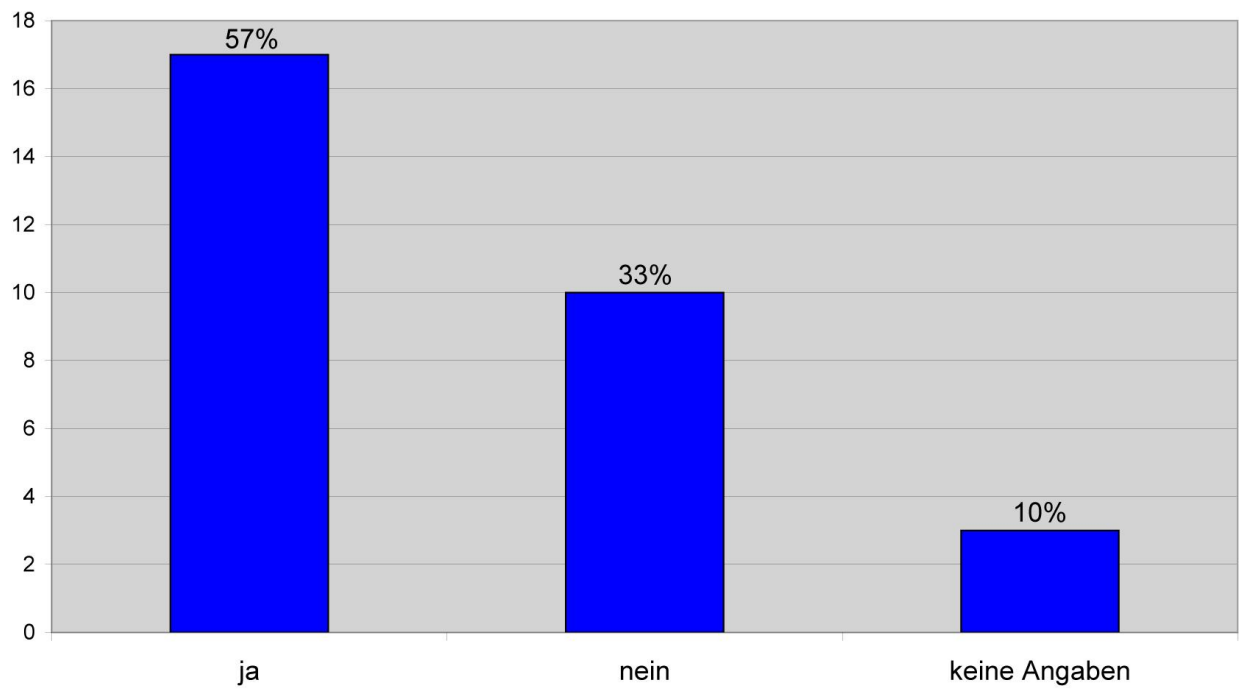
2. Wissen Sie, welche Gesamtnote Ihre Einrichtung erhalten hat?



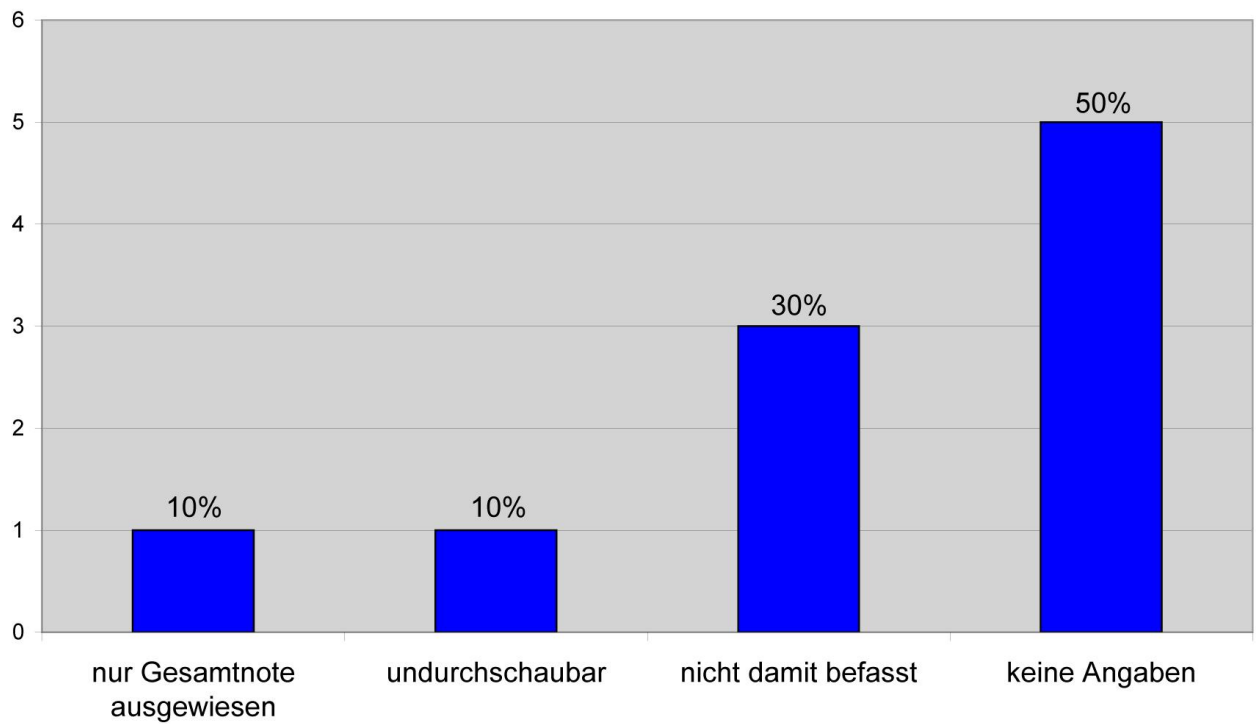
3. Empfinden Sie die Einzelnoten als hilfreich, um die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung treffen zu können?



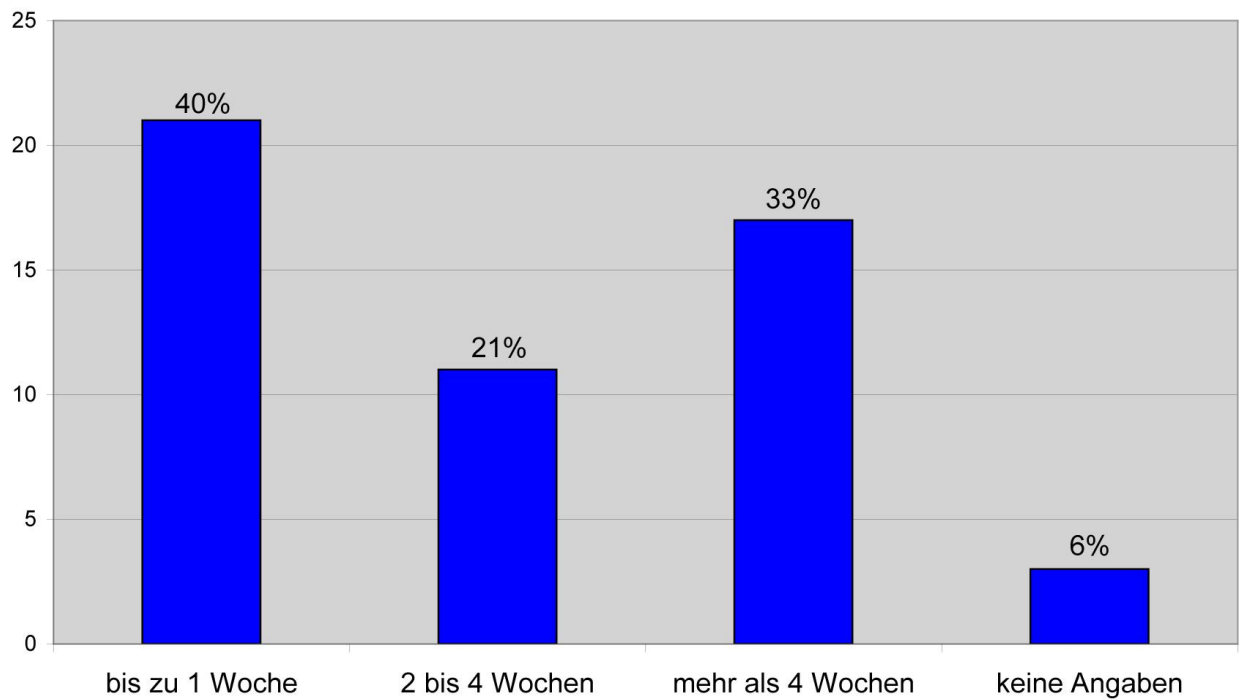
#### 4. Ist das Zustandekommen der einzelnen Noten für Sie nachvollziehbar?



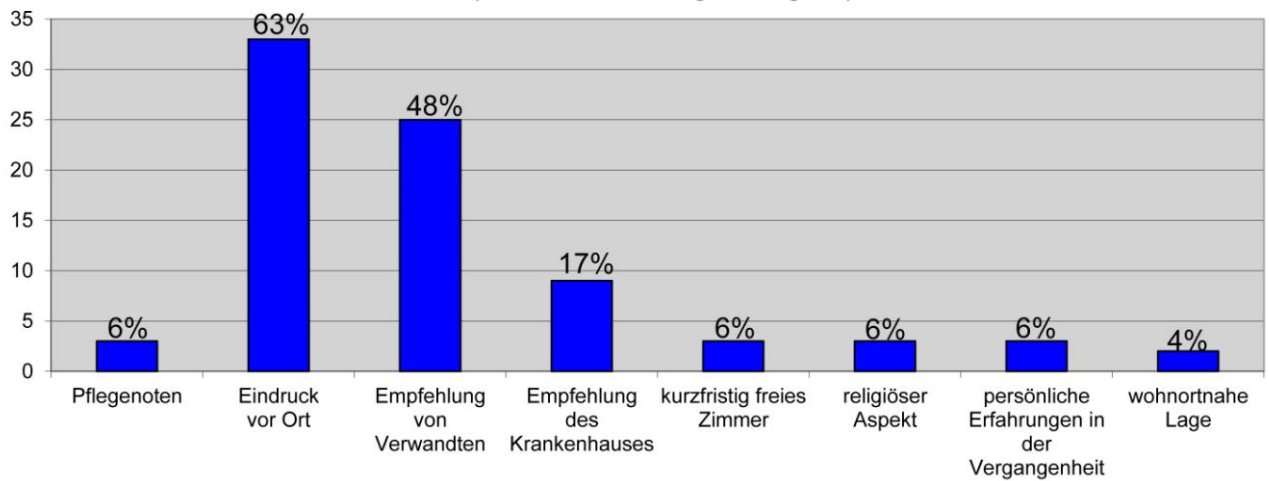
#### 4.1 Weshalb ist das Zustandekommen der einzelnen Noten für Sie nicht nachvollziehbar?



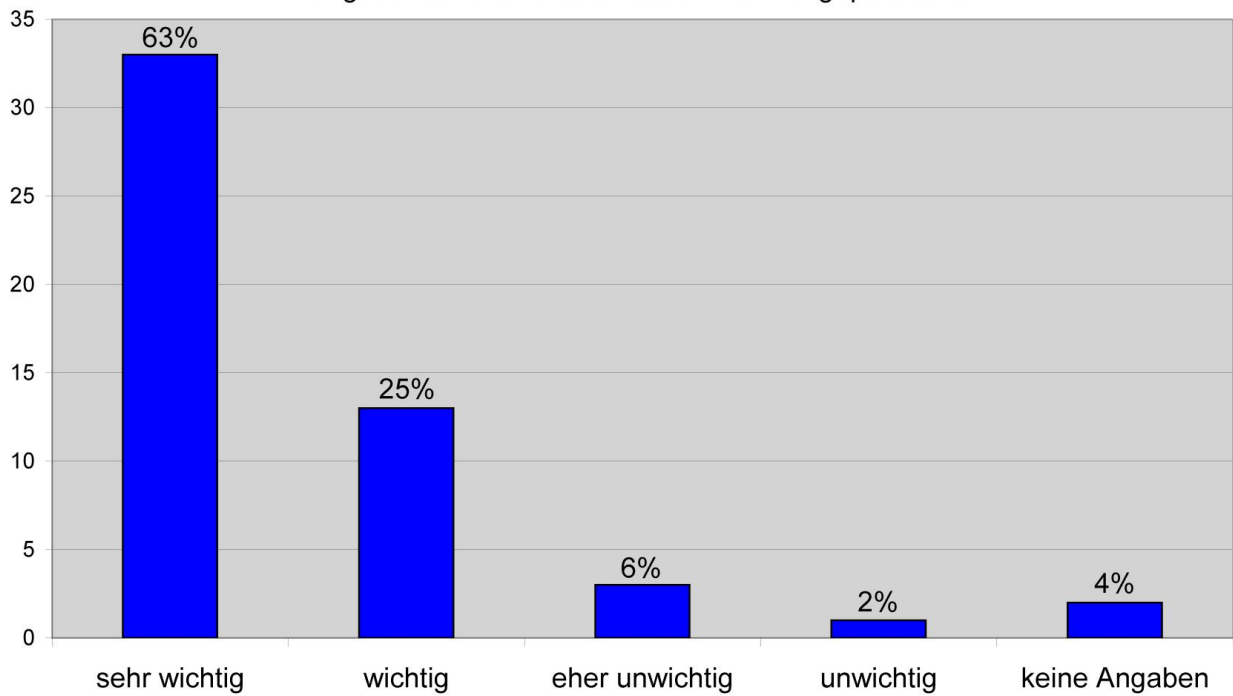
5. Wie viel Zeit hatten Sie, um sich für eine Einrichtung zu entscheiden?



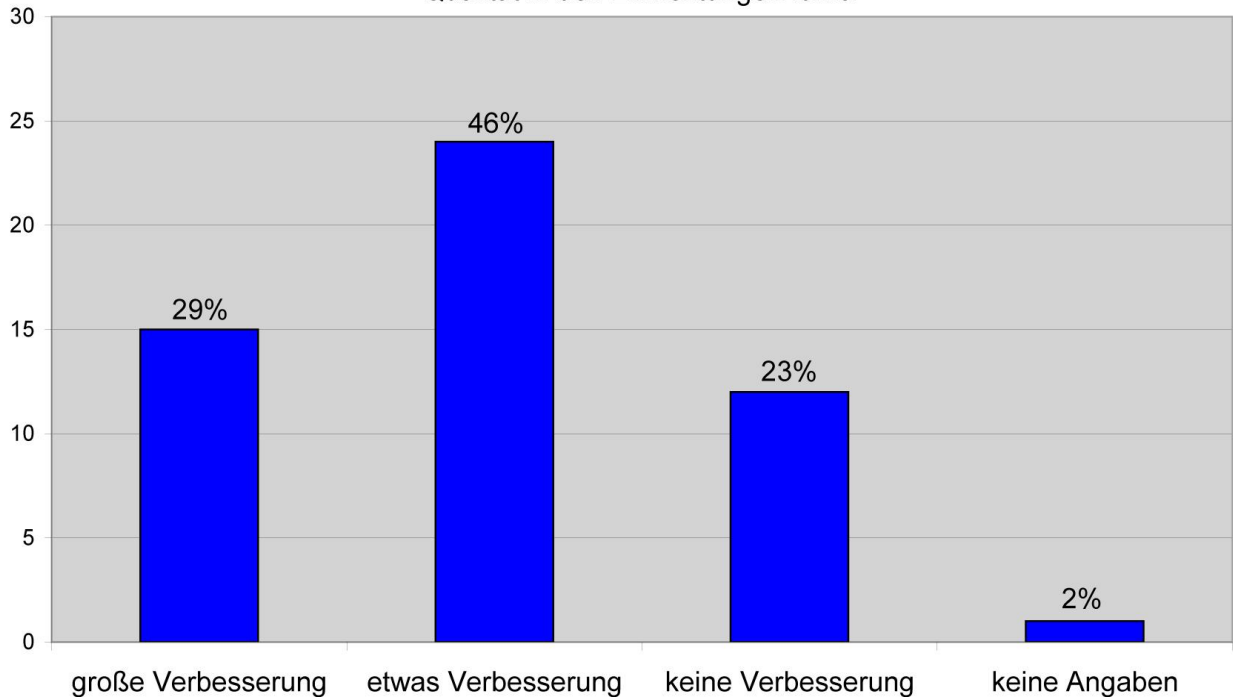
6. Weshalb haben Sie sich für diese Einrichtung entschieden?  
(Mehrfachnennungen möglich)



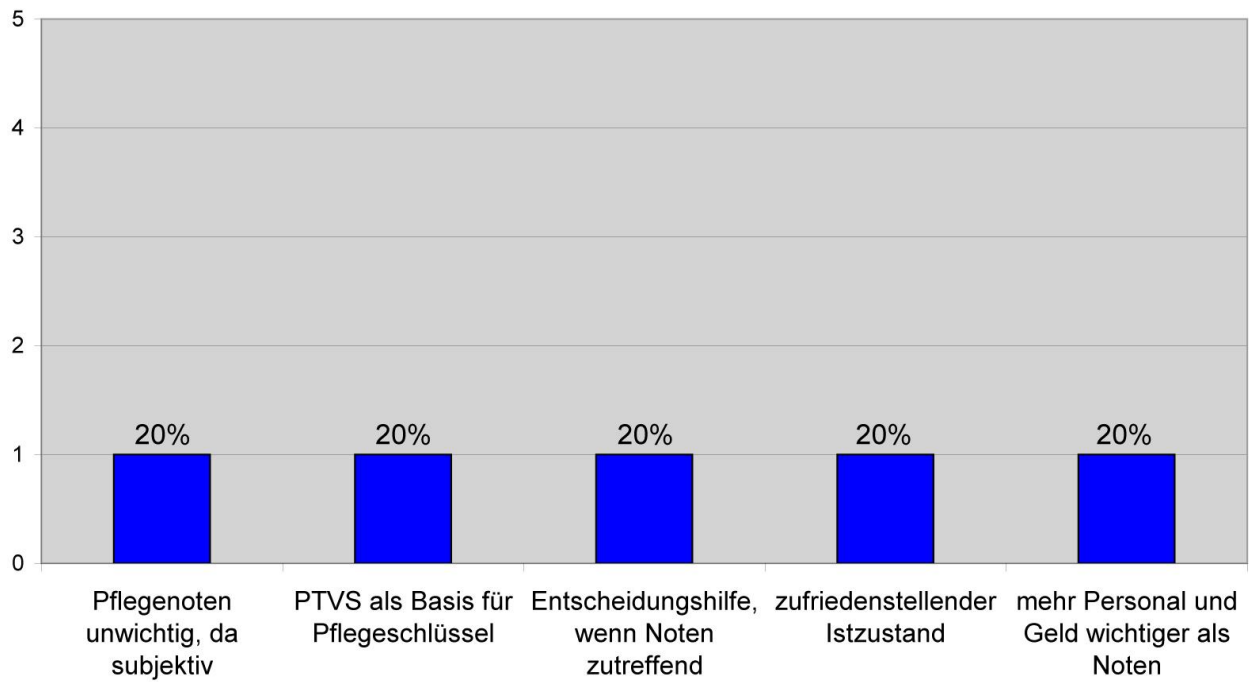
7. Wie wichtig für Ihre Entscheidung sind folgende Faktoren: Kosten, Leistungen, Pflegeschlüssel und Qualifikation des Pflegepersonals?



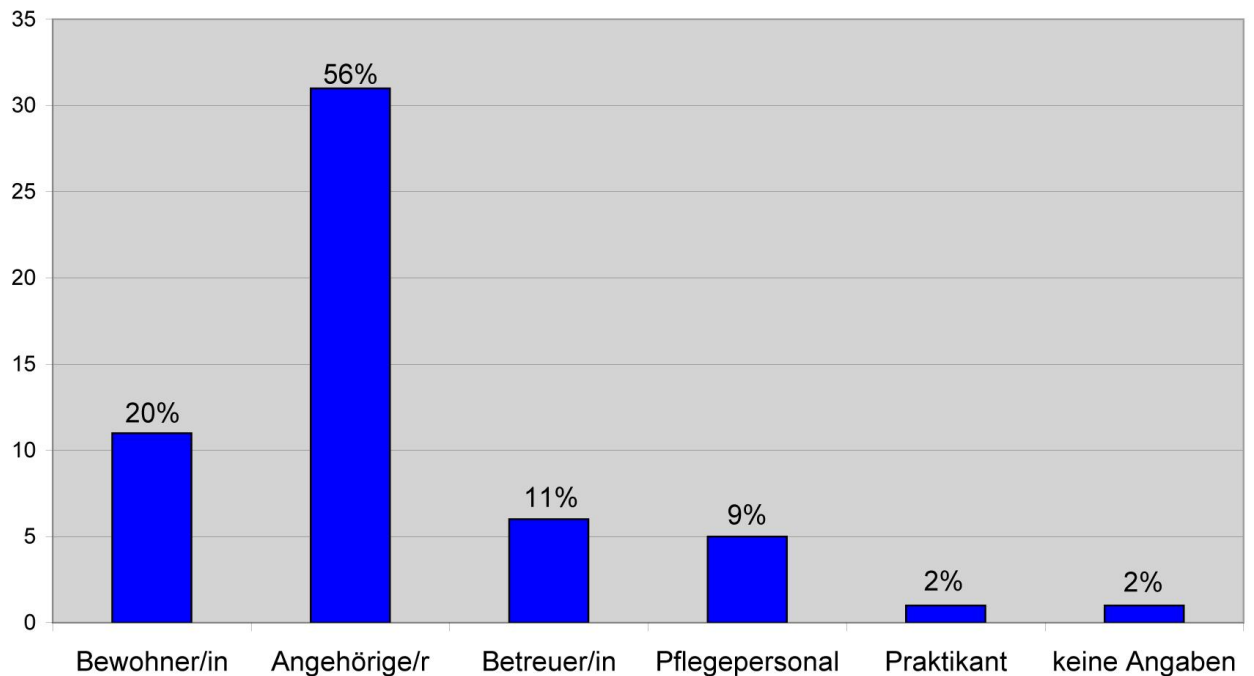
8. Inwieweit glauben Sie, dass die Veröffentlichung der Noten zu einer Verbesserung der Qualität in den Einrichtungen führt?



### 9. Eigene Anmerkungen zum Thema Transparenzbericht/Pflegenoten

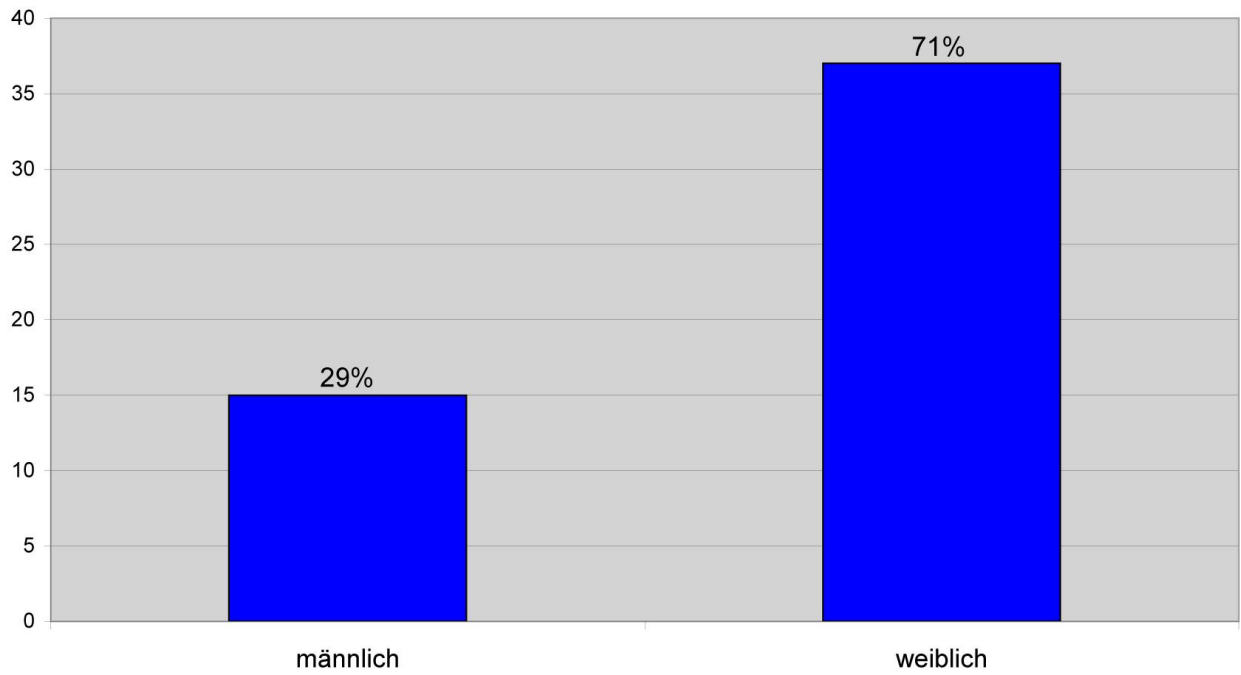


### 10. Fragebogen wurde ausgefüllt von

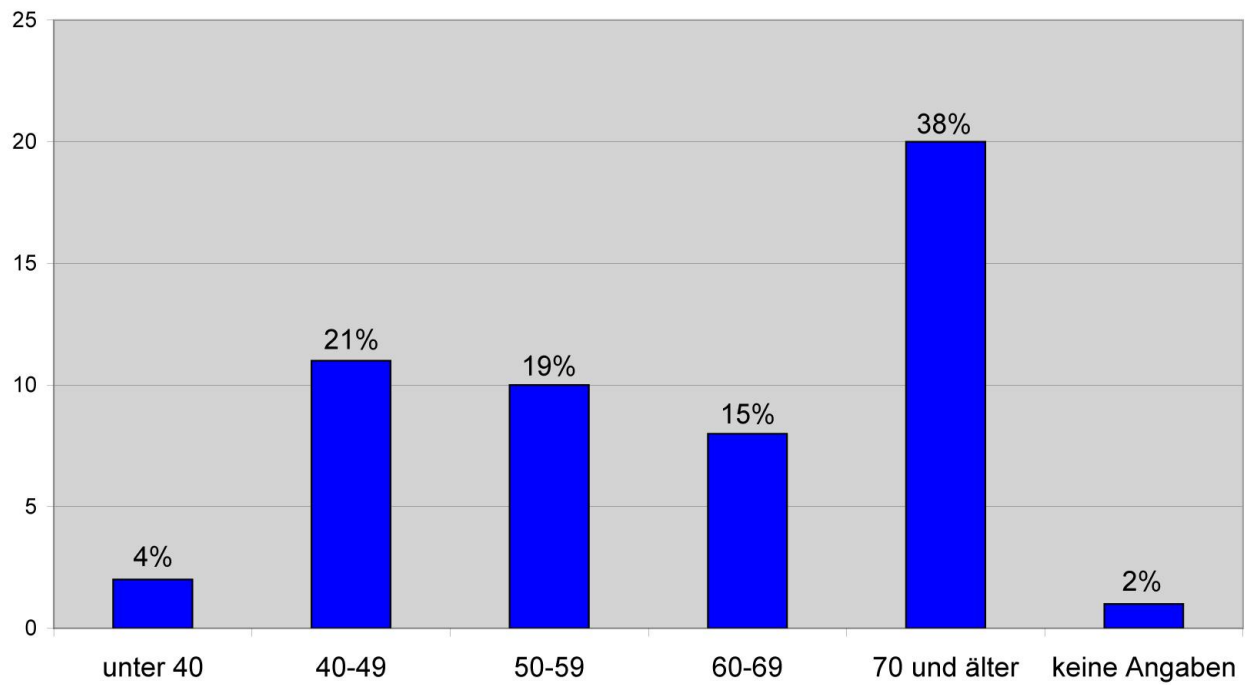


Drei Fragebögen wurden von zwei Personen gemeinsam ausgefüllt.

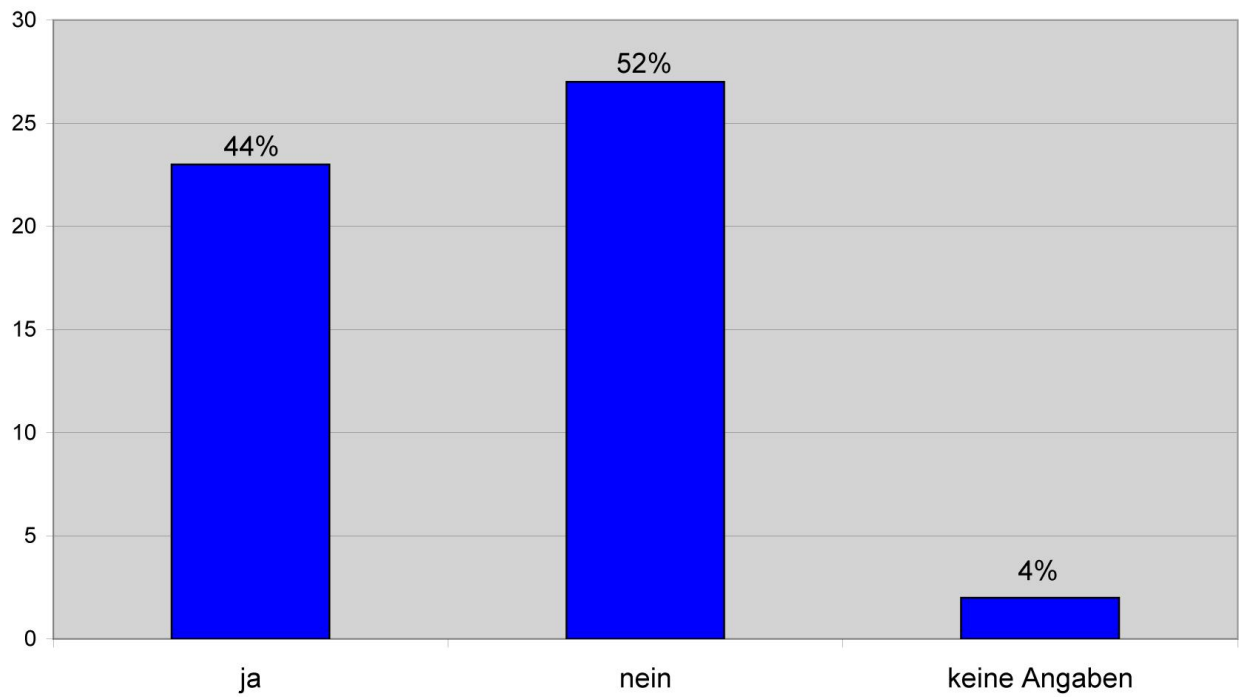
### 11. Geschlecht



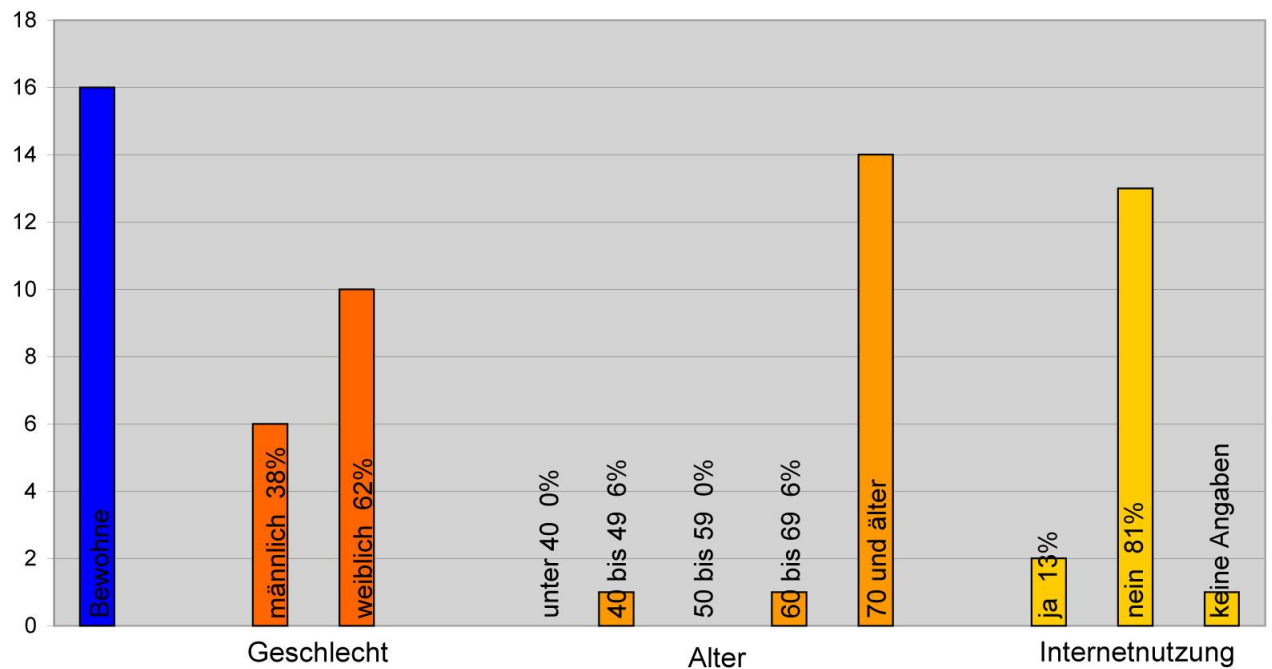
### 12. Alter



### 13. Nutzen Sie das Internet als Informationsquelle?

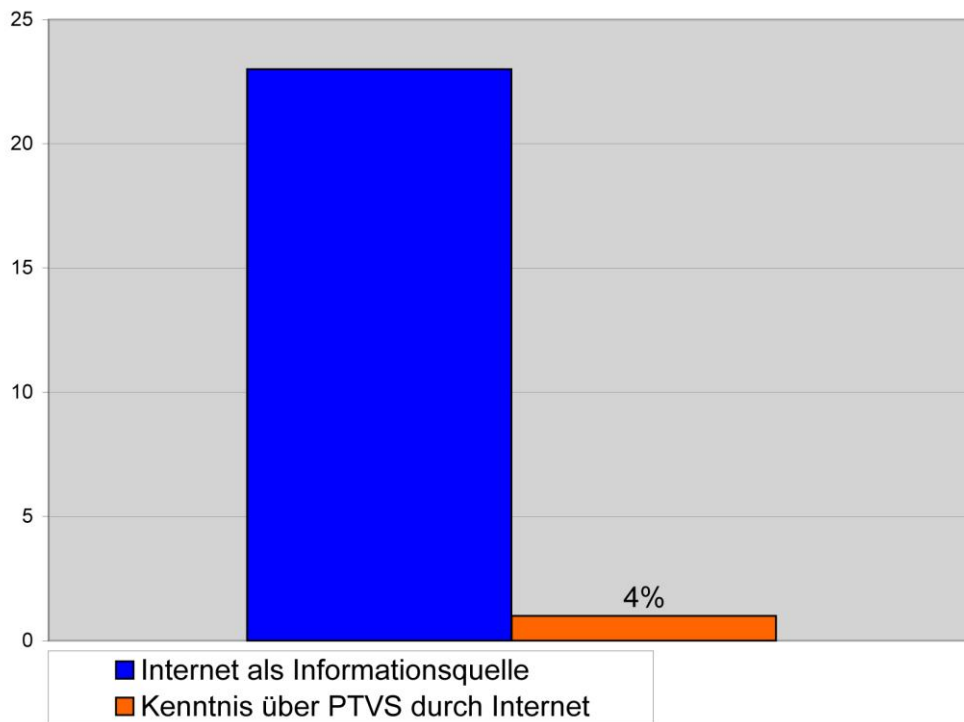


### Vergleich 1

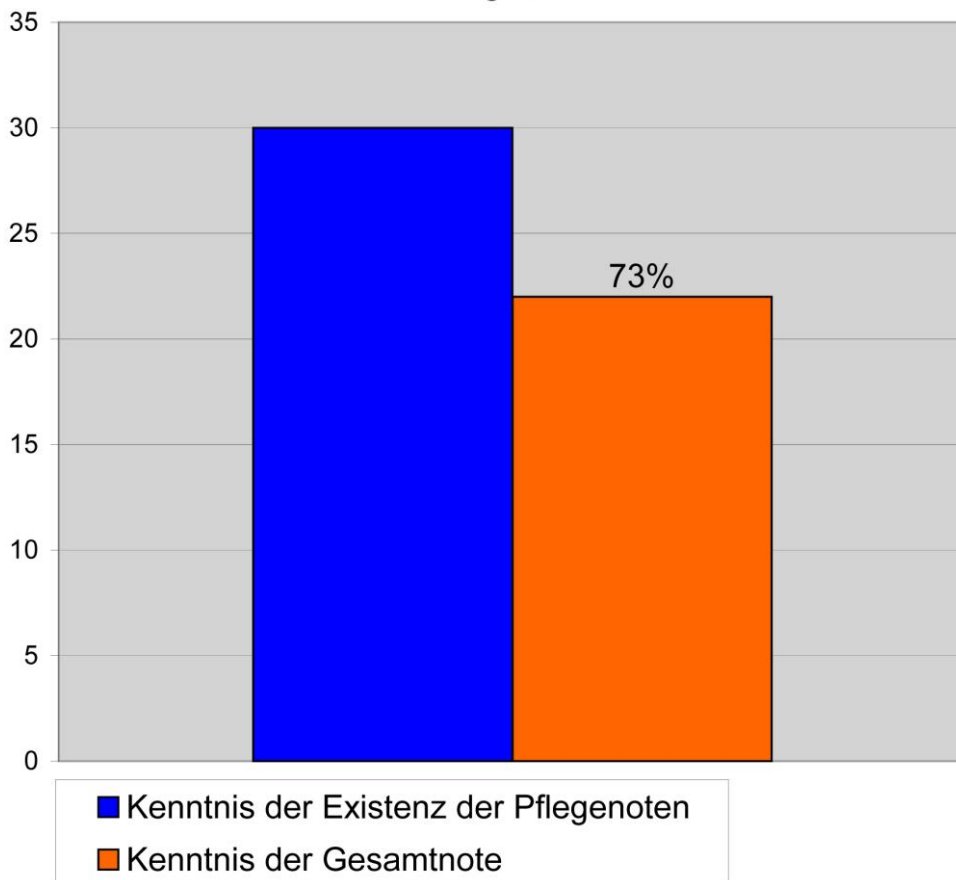




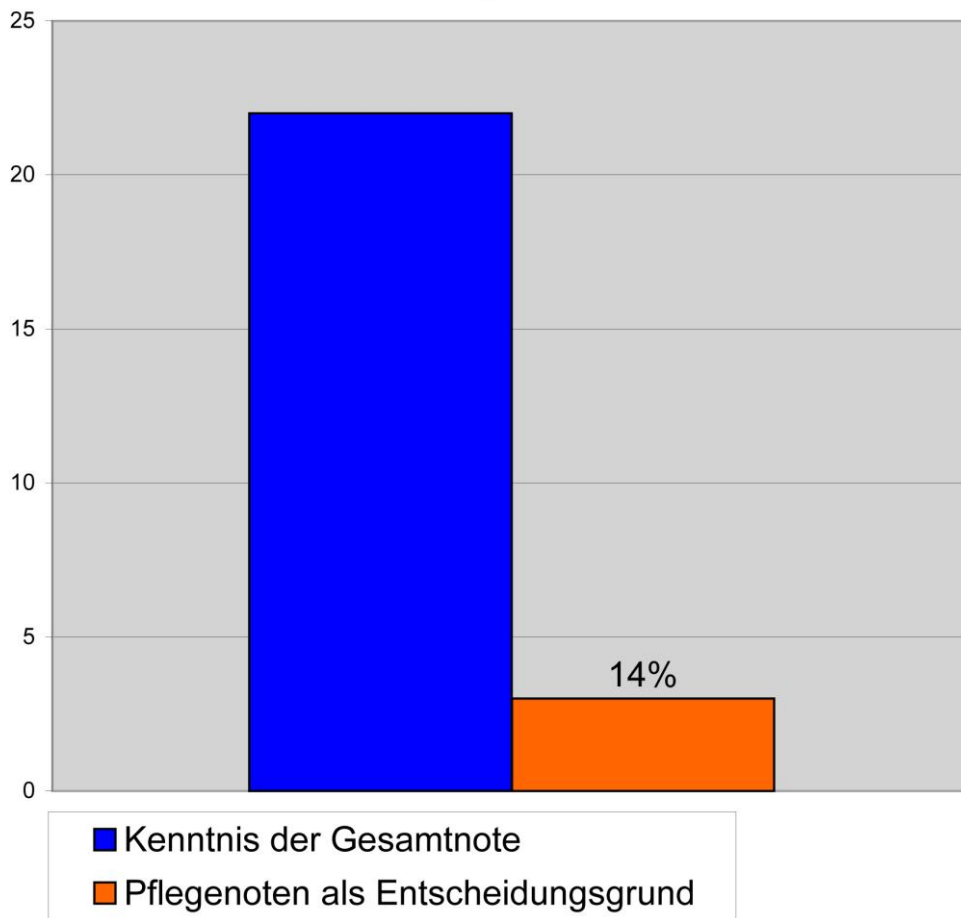
Vergleich 2



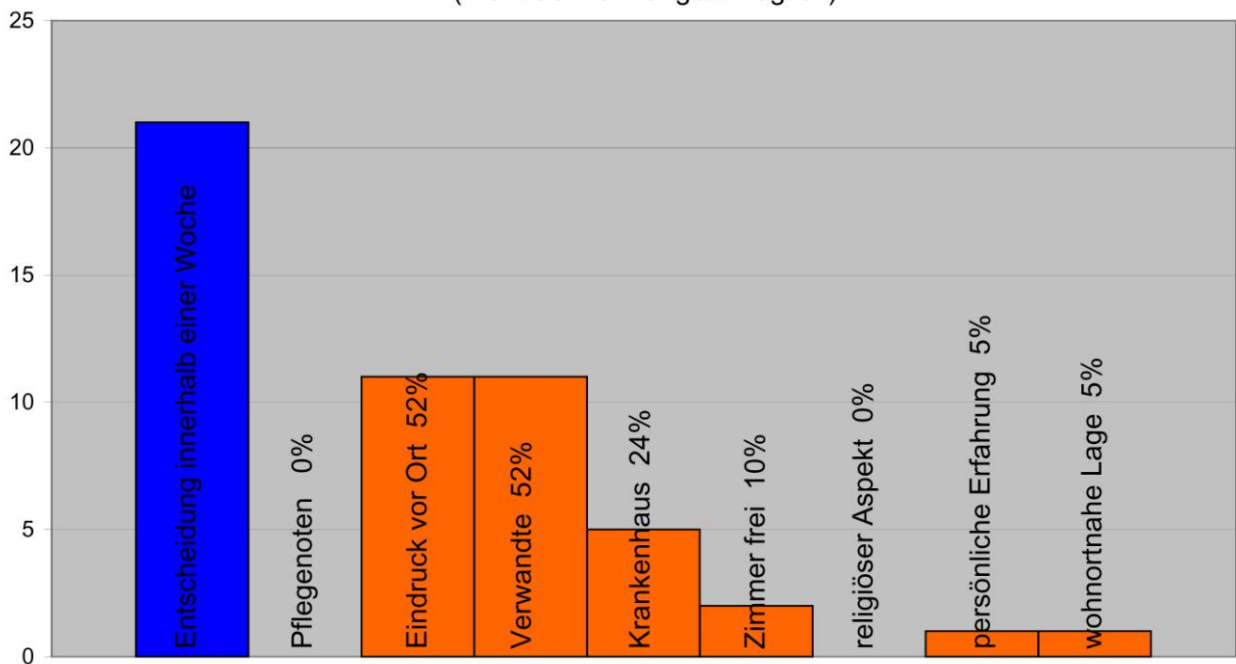
Vergleich 3



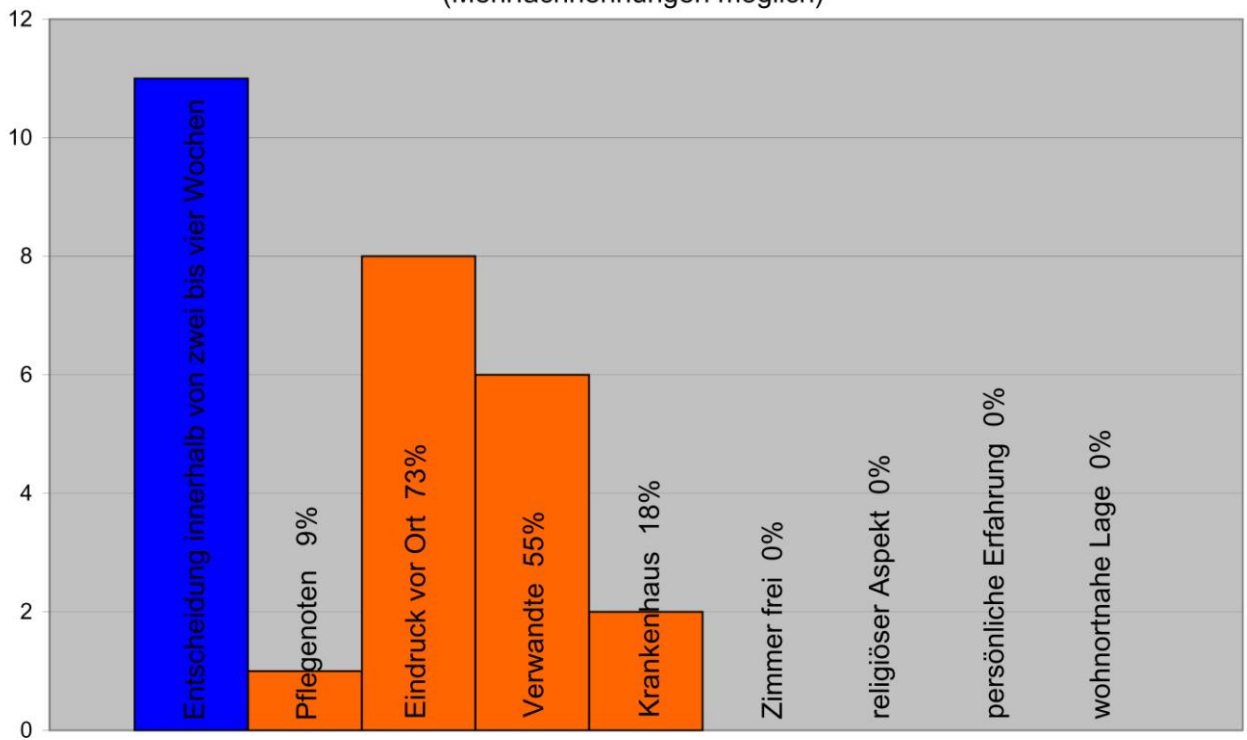
Vergleich 4



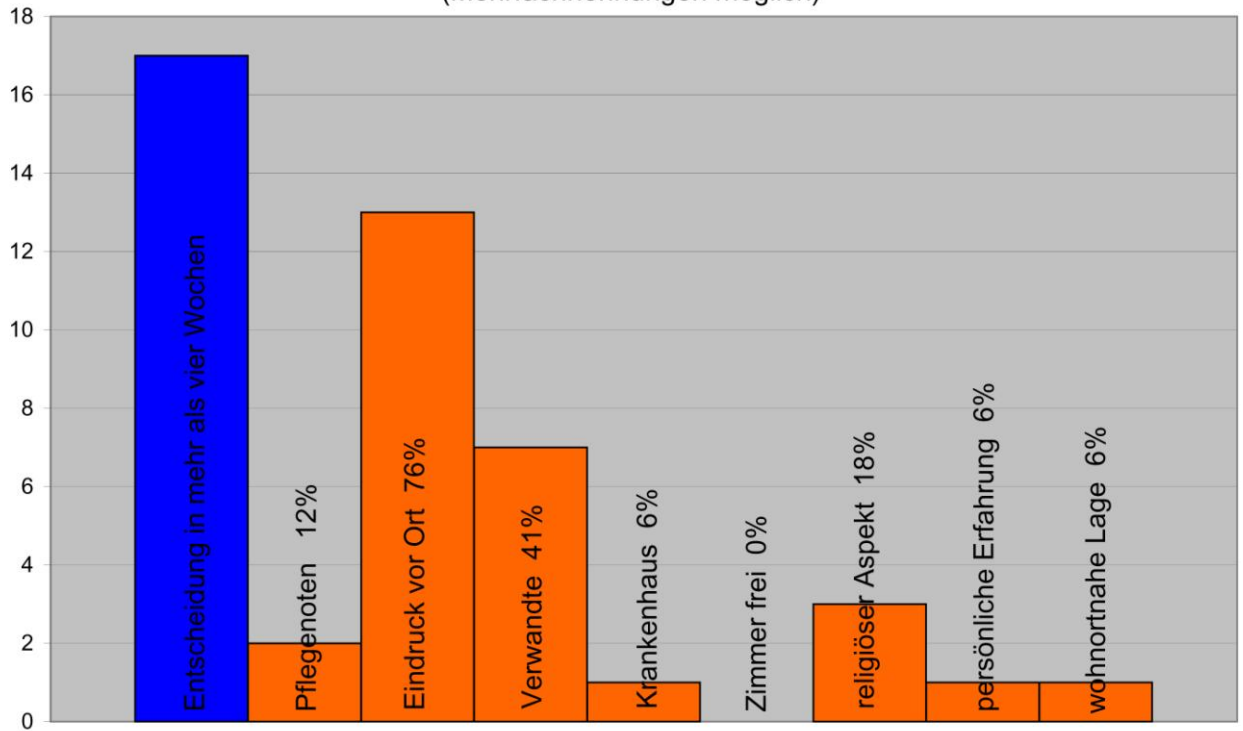
Vergleich 5  
(Mehrfachnennungen möglich)



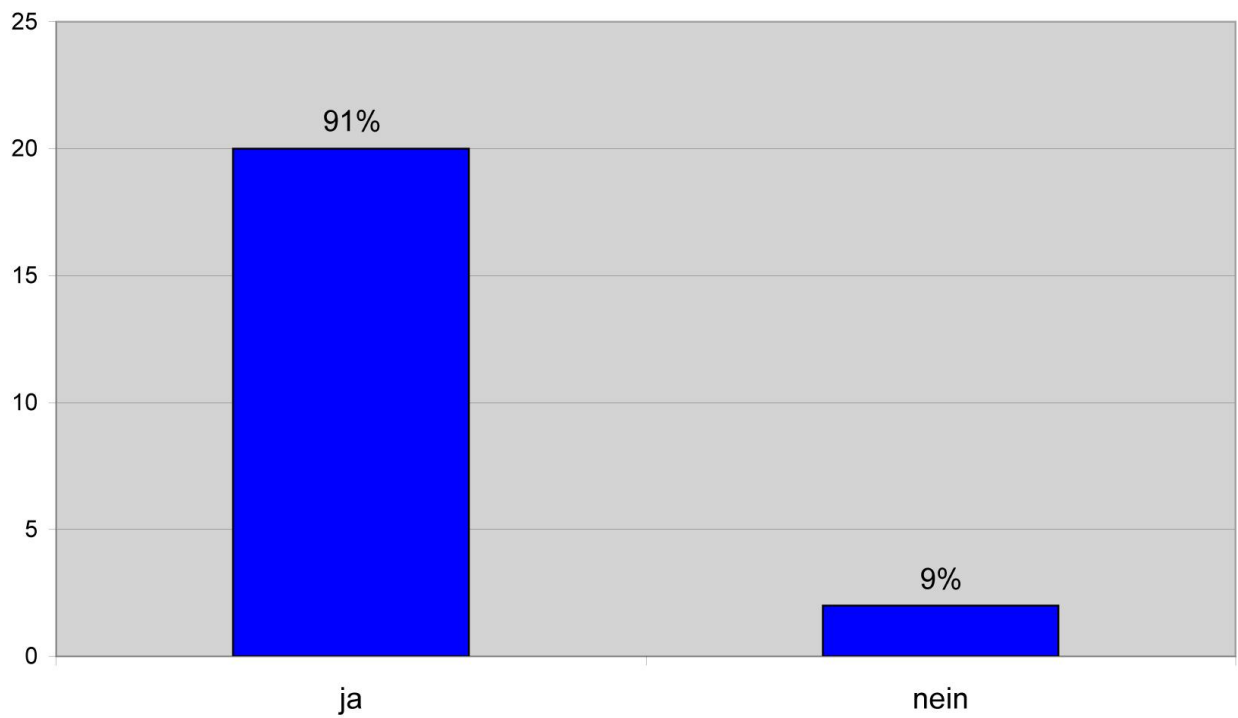
Vergleich 6  
(Mehrfachnennungen möglich)



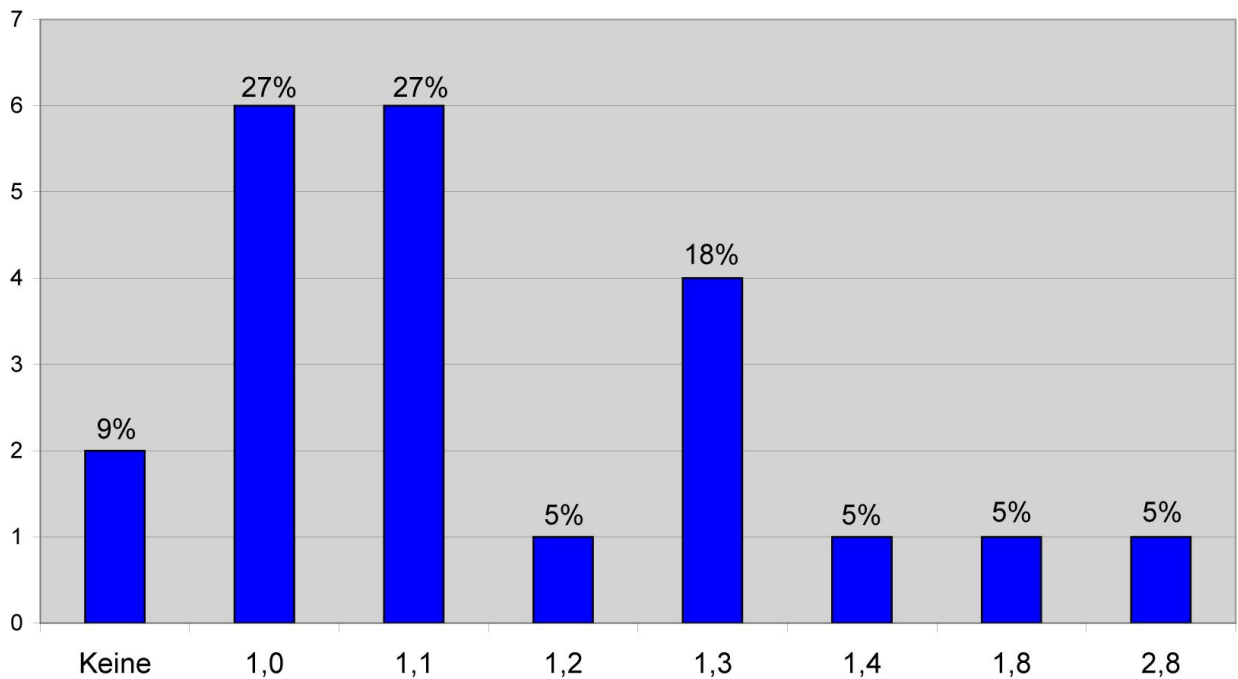
Vergleich 7  
(Mehrfachnennungen möglich)



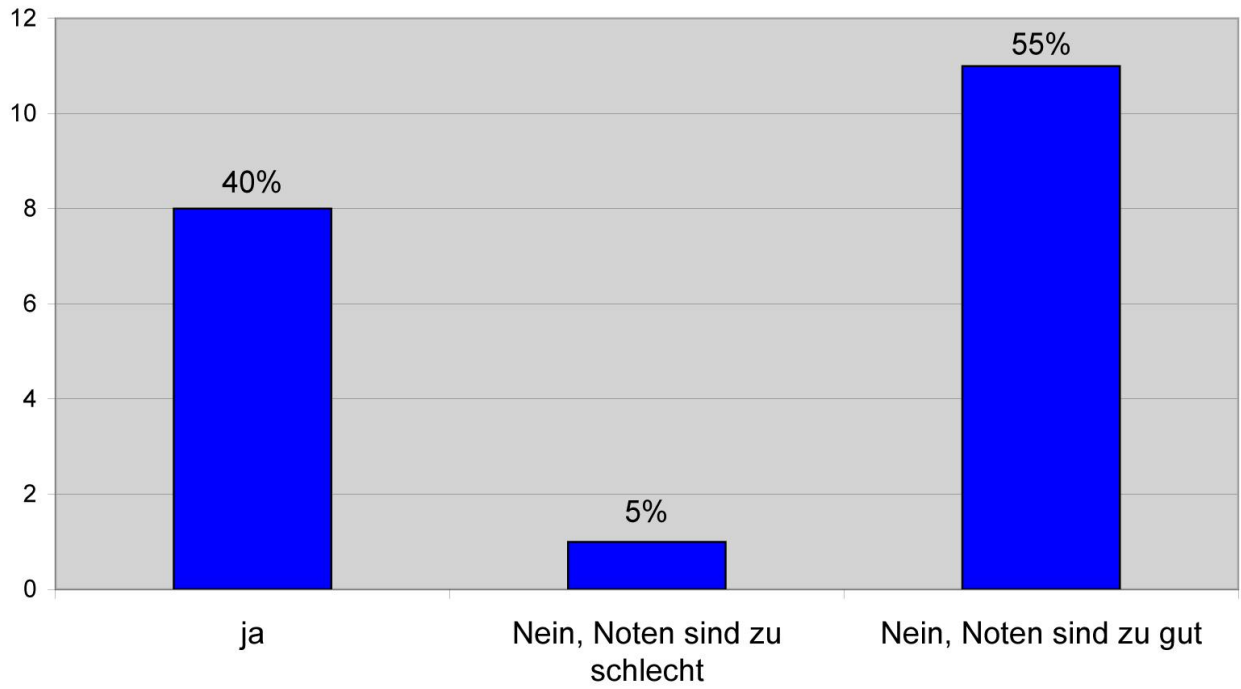
### 1. Wurde für Ihre Einrichtung bereits ein Transparenzbericht erstellt?



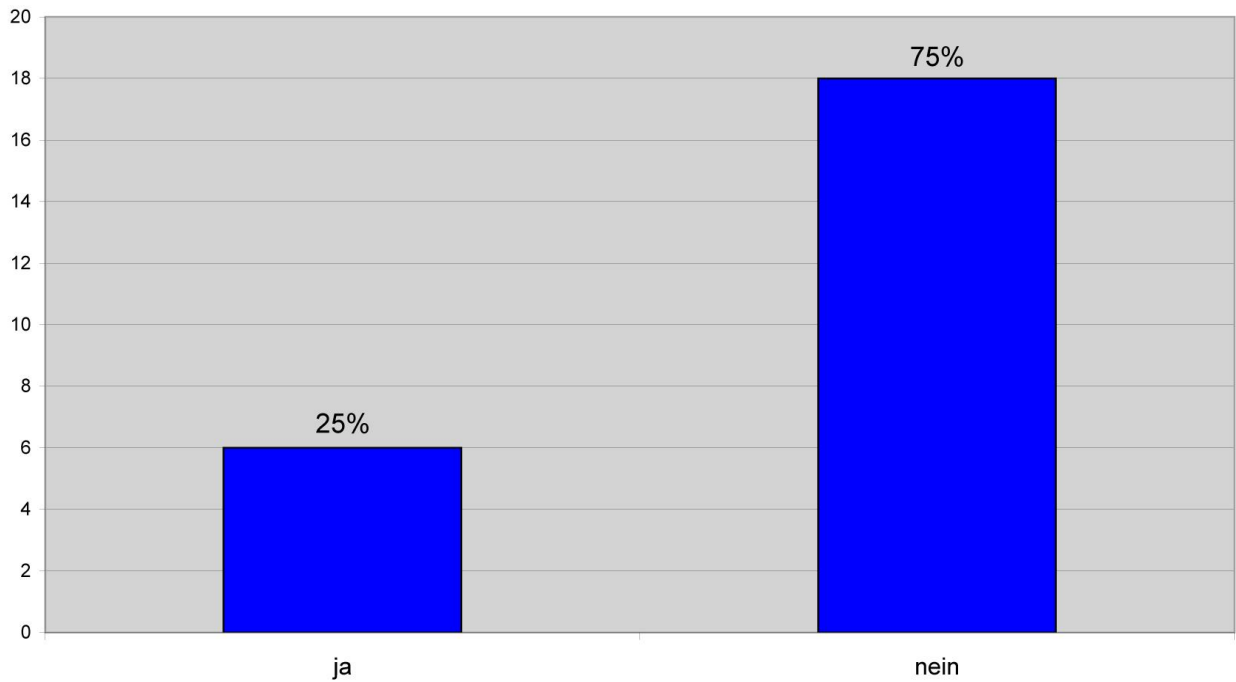
### 1.1 Wenn ja, welche Gesamtnote haben Sie erhalten?



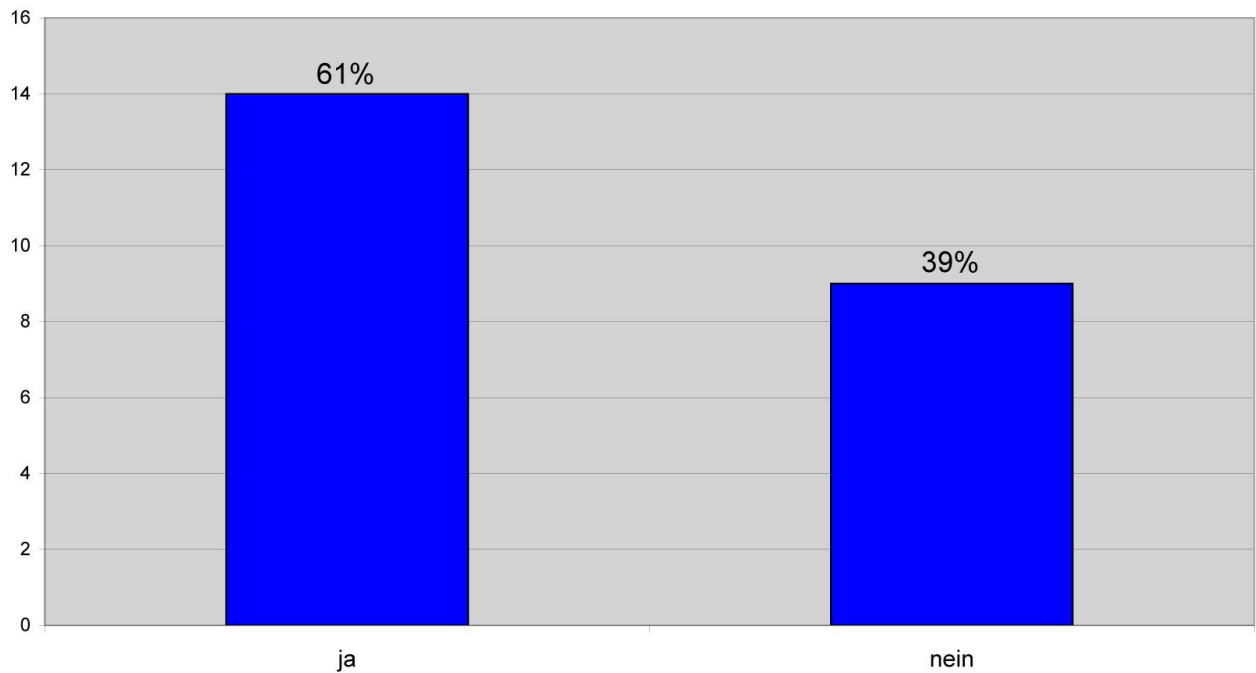
2. Stimmen Ihrer Meinung nach die Einzelnoten, die Ihre Einrichtung erhalten hat, mit der Realität überein?



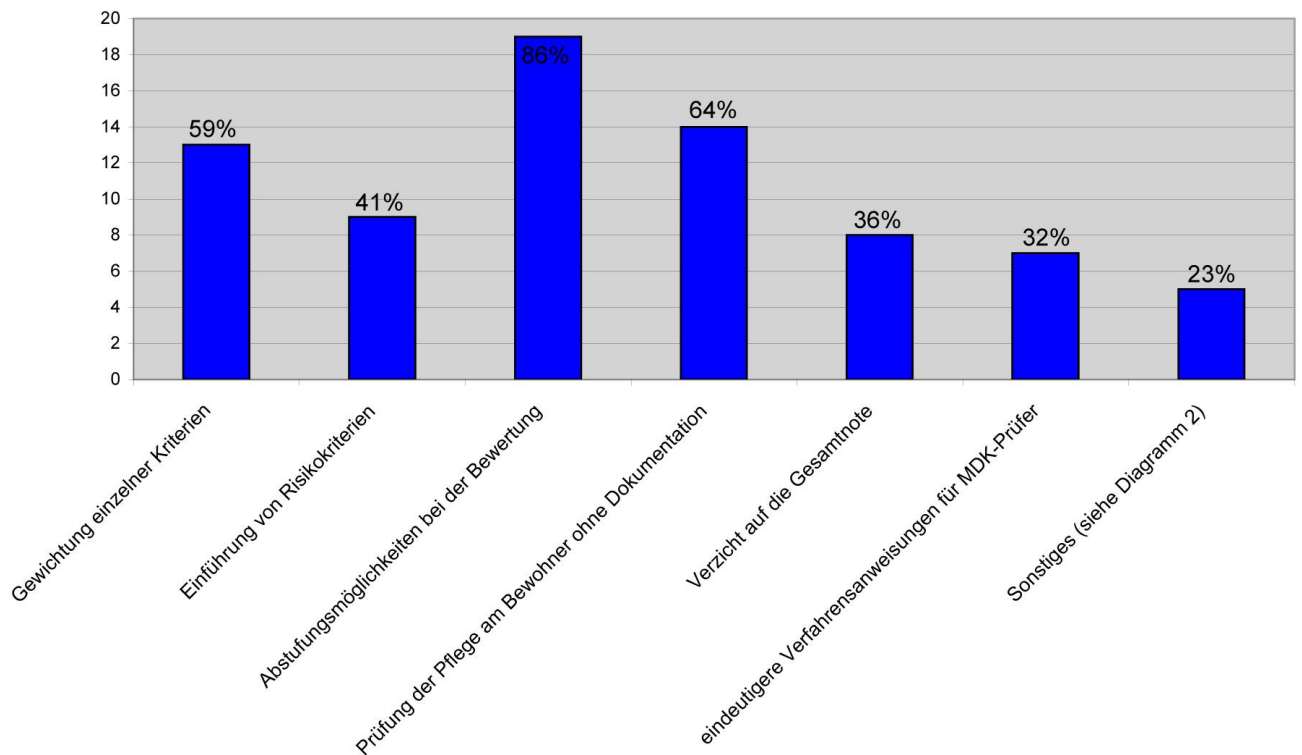
3. Denken Sie, dass die Noten den Verbrauchern helfen, die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung zu treffen?



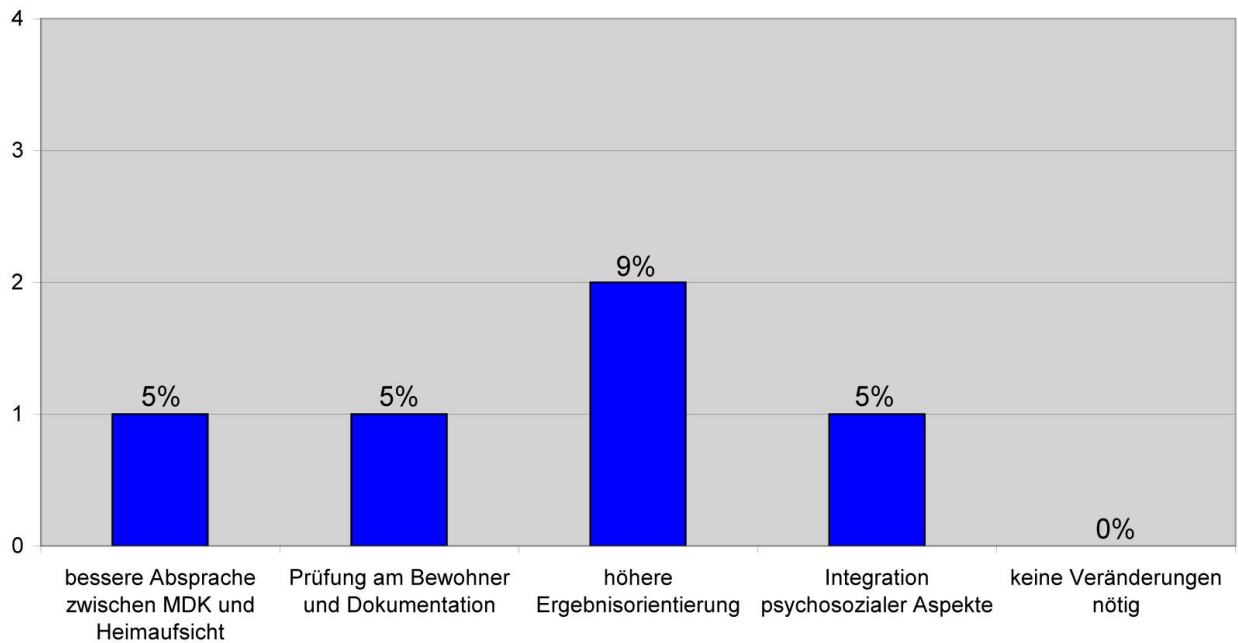
4. Finden Sie die Anzahl der in die Prüfung einbezogenen Bewohner (grds. 10%, max. 15 Bewohner) ausreichend, um ein repräsentatives Ergebnis zu erhalten?



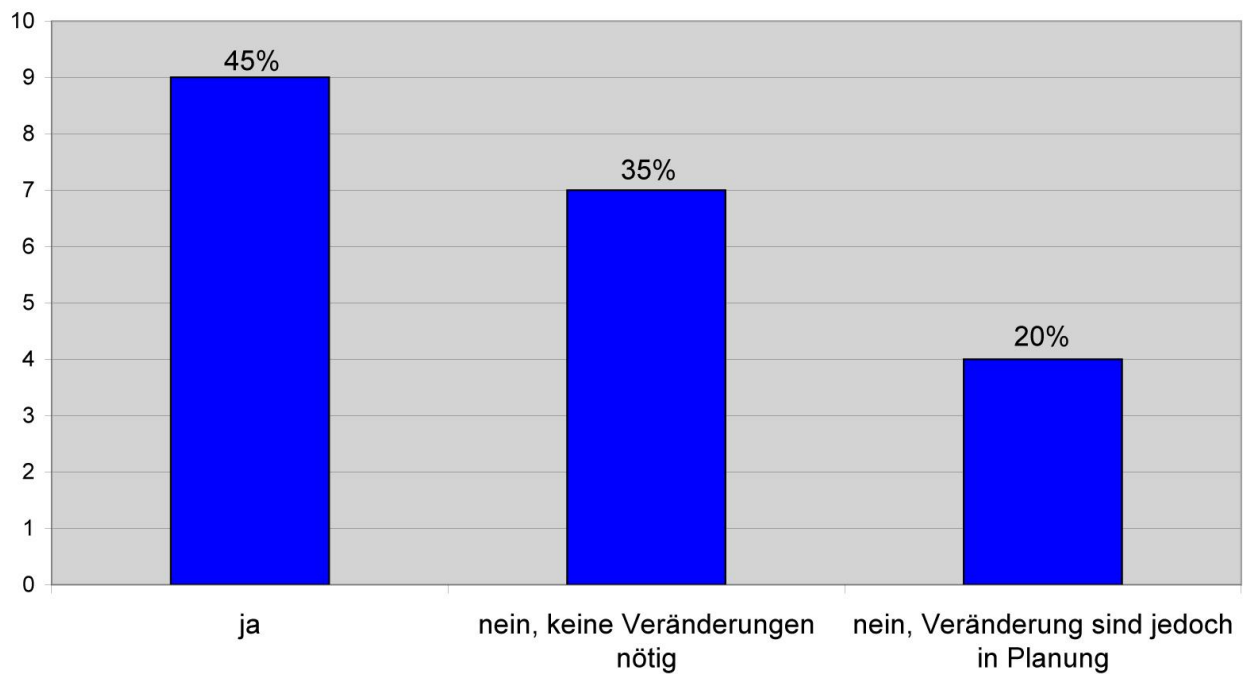
5. Was sollte Ihrer Meinung nach an dem Bewertungssystem verändert werden? (Mehrfachnennungen möglich)



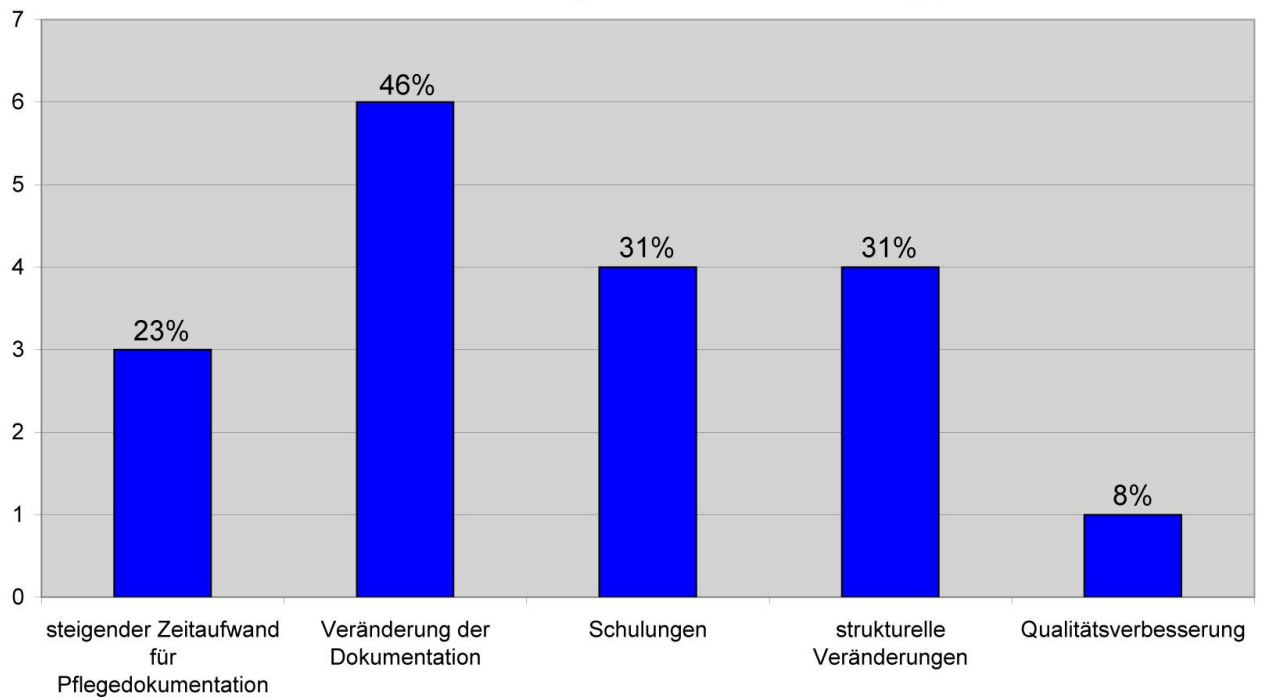
5. Was sollte Ihrer Meinung nach an dem Bewertungssystem verändert werden?  
(Diagramm 2: Sonstiges)



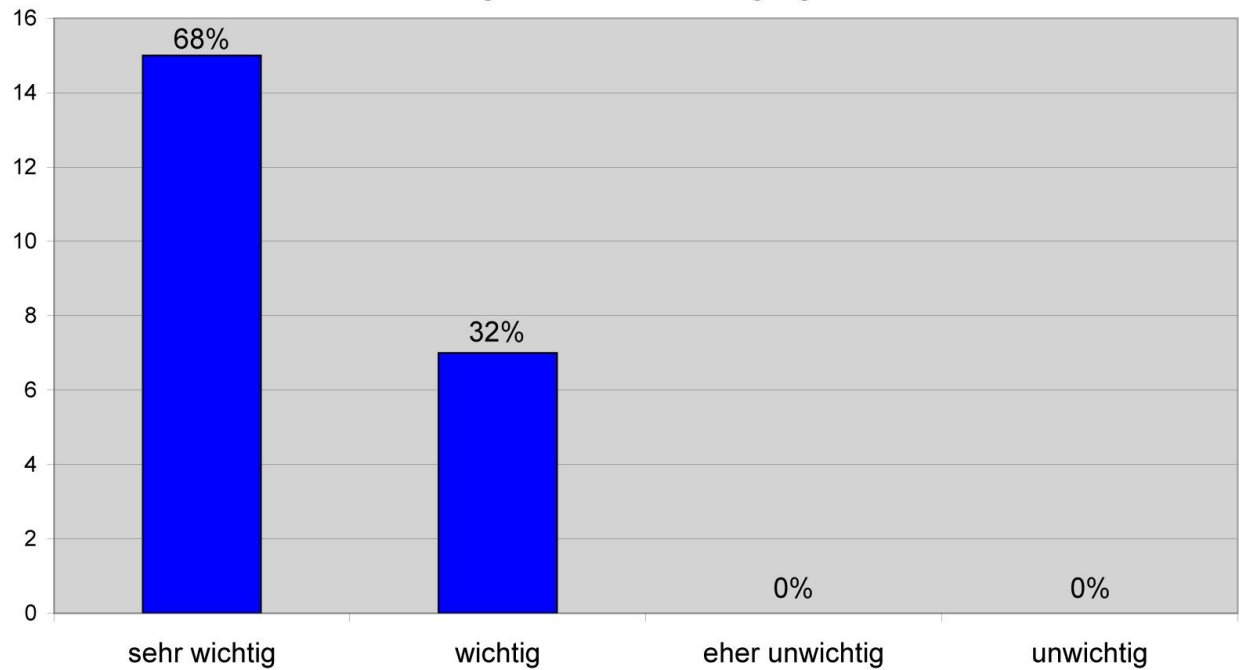
6. Hat sich in Ihrer Einrichtung aufgrund der Prüfungsergebnisse etwas verändert?



### 6.1 Welche Veränderungen fanden statt bzw. sind geplant?

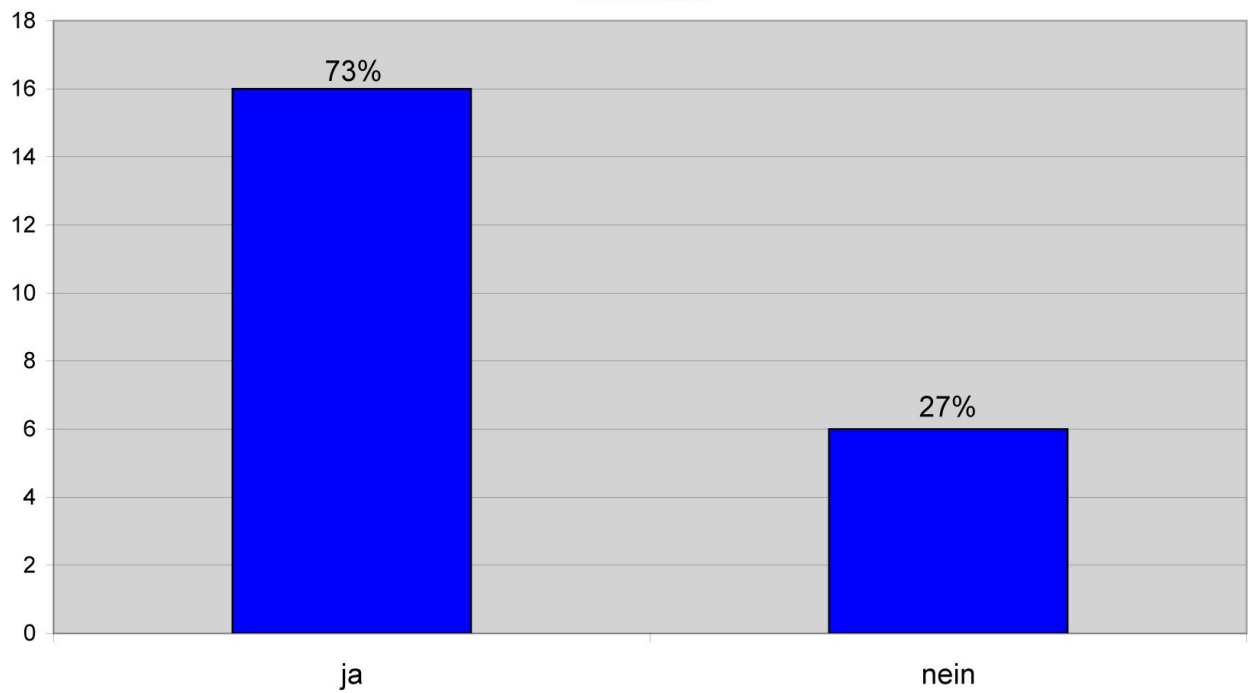


### 7. Für wie wichtig halten Sie die Befragung der Bewohner?

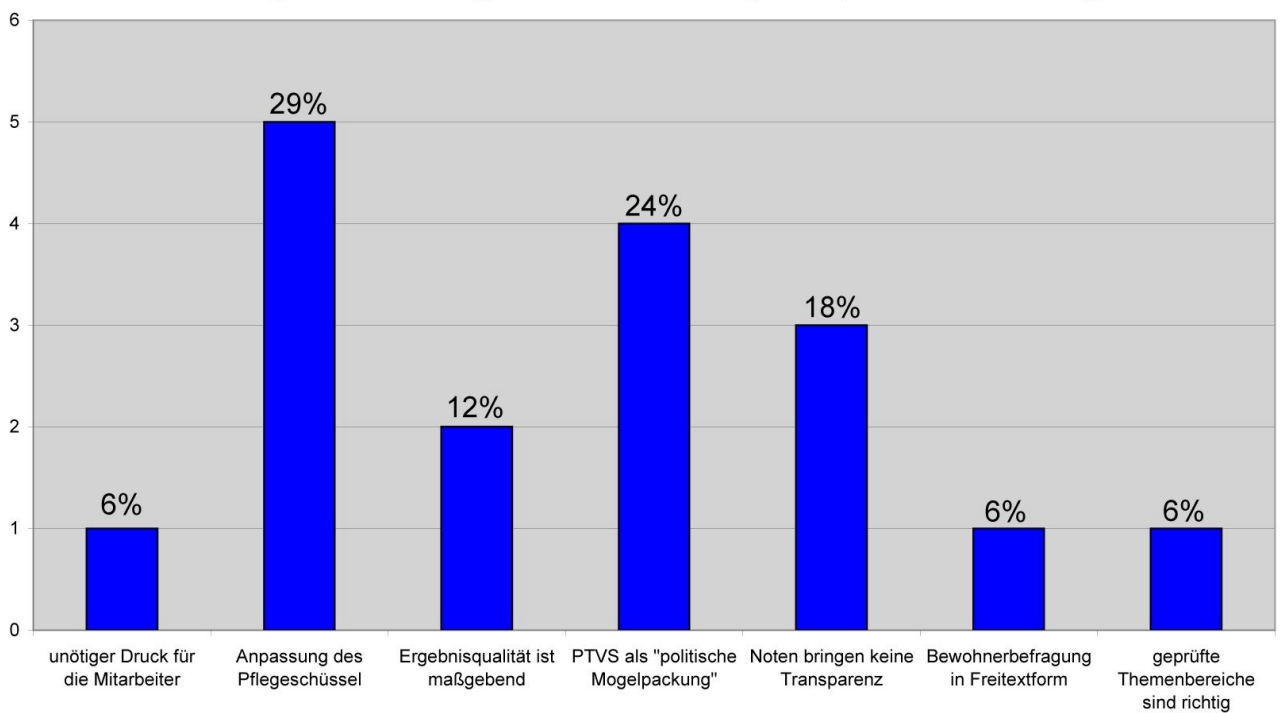




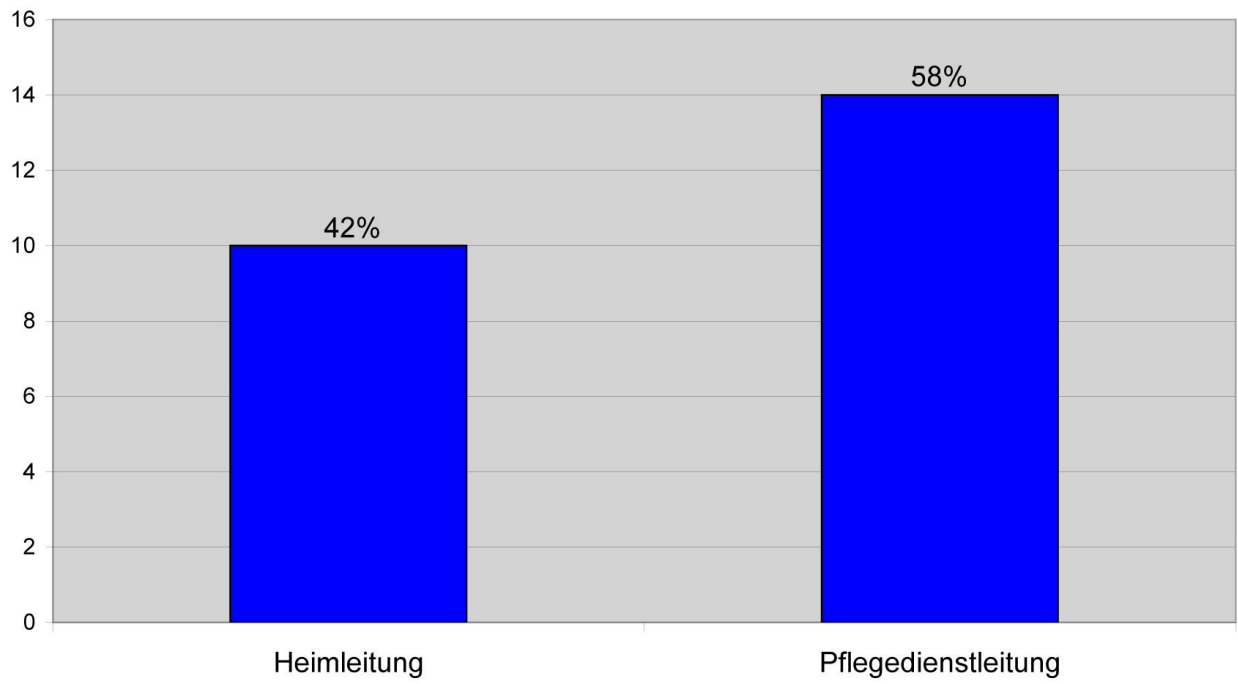
8. Sollte Ihrer Meinung nach die Note der Bewohnerbefragung in die Gesamtnote mit einfließen?



9. Eigene Anmerkungen zum Thema Pflege-Transparenzvereinbarung



10. Fragebogen wurde ausgefüllt von



Zwei Fragebögen wurden von Heim- und Pflegedienstleitung zusammen ausgefüllt.

AW: Material für Bachelorarbeit über PTVS - Thunderbird

Datei Bearbeiten Ansicht Navigation Nachricht Extras Hilfe

Abrufen Verfasst Adressbuch Antworten Allen antworten Weiterleiten

Schlagwörter Löschen JUNK Drucken Zurück Vor

**Betreff:** AW: Material für Bachelorarbeit über PTVS  
**Von:** [Martina Hasseler](#)  
**Datum:** 11.03.2011 18:18  
**An:** [Vanessa Heinzelmann](#)

Liebe Frau Heinzelmann,

ich danke Ihnen für Ihre Anfrage. Die GfK Interviews kann ich Ihnen leider aus vertraglichen Gründen nicht geben, da diese Eigentum des GKV-SV sind. Diese wurden uns auch nur zu Zwecken der Evaluation überlassen. Es tut mir leid, dass ich Ihnen in dieser Sache nicht weiter helfen kann. Ich wünsche Ihnen für die Abfassung der Bachelorarbeit alles Gute.

Mit den besten Grüßen  
Martina Hasseler

**Von:** [Vanessa Heinzelmann \[va.nes.sa@t-online.de\]](#)  
**Gesendet:** Freitag, 11. März 2011 17:27  
**An:** Martina Hasseler  
**Betreff:** Material für Bachelorarbeit über PTVS

Sehr geehrte Frau Hasseler,

ich bin Studentin an der HS für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. In meiner Bachelorarbeit befasse ich mich damit, ob die PTVS zu einer Qualitätssteigerung führt oder nicht. Als Grundlage hierfür dient mir Ihr Bericht über die Evaluation der PTVS. Darin nehmen Sie des öfteren Bezug auf die GfK-Interviews. Gibt es eine Möglichkeit, die Ergebnisse der Interviews zu erhalten, sodass ich sie als Primärquelle verwenden kann?

Es würde mich sehr freuen, wenn Sie mir weiterhelfen könnten.

Mit freundlichen Grüßen  
Vanessa Heinzelmann

**Bewohnerumfrage zum Thema:  
Pflegetransparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflege-Transparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten/Pflegenoten:**

1. Ist Ihnen bekannt, dass jede Einrichtung benotet wird und Sie das Ergebnis im Internet einsehen können (Transparenzbericht/Pflegenoten)?

- Ja                                       Nein (weiter bei Frage 5)

Wenn ja, wie haben Sie davon erfahren? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- Pflegeeinrichtung
- Internet (z.B. Pflegelotse)
- Fernsehen
- Zeitung
- Bekannte / Verwandte / Freunde
- \_\_\_\_\_

2. Wissen Sie welche Gesamtnote Ihre Einrichtung erhalten hat?

- Ja                                       Nein

3. Empfinden Sie die Einzelnoten als hilfreich, um die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung treffen zu können?

- sehr hilfreich                                       hilfreich
- weniger hilfreich                                       nicht hilfreich

4. Ist das Zustandekommen der einzelnen Noten für Sie nachvollziehbar?

- Ja *Teilweise*
- Nein, weil \_\_\_\_\_

5. Wie viel Zeit hatten Sie, um sich für eine Einrichtung zu entscheiden?

- 1 Woche *15 tag*
- 2 bis 4 Wochen
- mehr als 4 Wochen

6. Weshalb haben Sie sich für diese Einrichtung entschieden? (Mehrfachnennungen sind möglich.)

- aufgrund der Noten des Transparenzberichtes
- aufgrund positiver Eindrücke vor Ort
- Empfehlung von Bekannten / Verwandten / Freunden
- Empfehlung des Krankenhauses
- \_\_\_\_\_

7. Wie wichtig für Ihre Entscheidung sind folgende Faktoren: Kosten, Leistungen, Pflegeschlüssel und Qualifikation des Pflegepersonals?

- sehr wichtig
- eher unwichtig
- wichtig
- unwichtig

8. In wie weit glauben Sie, dass die Veröffentlichung der Noten zu einer Verbesserung der Qualität in den Einrichtungen führt?

- große Verbesserung
- keine Verbesserung
- etwas Verbesserung

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Transparenzbericht/Pflegenoten

---



---



---



---



---



---



---

**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- (zukünftige/r) Bewohner/in
- Angehörige/r
- Betreuer/in
- \_\_\_\_\_

2. Geschlecht

- männlich
- weiblich

3. Alter

- unter 40
- 40 – 49
- 50 – 59
- 60 – 69
- 70 und älter

4. Nutzen Sie das Internet als Informationsquelle?

- Ja
- Nein

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**

**Bewohnerumfrage zum Thema:  
Pflegetransparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflegetransparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten/Pflegenoten:**

**1. Ist Ihnen bekannt, dass jede Einrichtung benotet wird und Sie das Ergebnis im Internet einsehen können (Transparenzbericht/Pflegenoten)?**

- Ja                       Nein (weiter bei Frage 5)

Wenn ja, wie haben Sie davon erfahren? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- Pflegeeinrichtung
- Internet (z.B. Pflegelotse)
- Fernsehen
- Zeitung
- Bekannte / Verwandte / Freunde
- \_\_\_\_\_

**2. Wissen Sie welche Gesamtnote Ihre Einrichtung erhalten hat?**

- Ja                       Nein

**3. Empfinden Sie die Einzelnoten als hilfreich, um die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung treffen zu können?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> sehr hilfreich    | <input type="checkbox"/> hilfreich       |
| <input type="checkbox"/> weniger hilfreich | <input type="checkbox"/> nicht hilfreich |

4. Ist das Zustandekommen der einzelnen Noten für Sie nachvollziehbar?

- Ja
- Nein, weil \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Wie viel Zeit hatten Sie, um sich für eine Einrichtung zu entscheiden?

- 1 Woche
- 2 bis 4 Wochen
- mehr als 4 Wochen

6. Weshalb haben Sie sich für diese Einrichtung entschieden?  
(Mehrfachnennungen sind möglich.)

- aufgrund der Noten des Transparenzberichtes
- aufgrund positiver Eindrücke vor Ort
- Empfehlung von Bekannten / Verwandten / Freunden
- Empfehlung des Krankenhauses
- \_\_\_\_\_

7. Wie wichtig für Ihre Entscheidung sind folgende Faktoren: Kosten, Leistungen, Pflegeschlüssel und Qualifikation des Pflegepersonals?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> sehr wichtig   | <input checked="" type="checkbox"/> wichtig |
| <input type="checkbox"/> eher unwichtig | <input type="checkbox"/> unwichtig          |

8. In wie weit glauben Sie, dass die Veröffentlichung der Noten zu einer Verbesserung der Qualität in den Einrichtungen führt?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> große Verbesserung | <input checked="" type="checkbox"/> etwas Verbesserung |
| <input type="checkbox"/> keine Verbesserung |  |

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Transparenzbericht/Pflegenoten

---



---



---



---



---



---



---



**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- (zukünftige/r) Bewohner/in
- Angehörige/r
- Betreuer/in
- \_\_\_\_\_

2. Geschlecht

- männlich
- weiblich

3. Alter

- unter 40
- 40 – 49
- 50 – 59
- 60 – 69
- 70 und älter

4. Nutzen Sie das Internet als Informationsquelle?

- Ja
- Nein

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**

**Bewohnerumfrage zum Thema:  
Pflegetransparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflegetransparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten/Pflegenoten:**

**1. Ist Ihnen bekannt, dass jede Einrichtung benotet wird und Sie das Ergebnis im Internet einschauen können (Transparenzbericht/Pflegenoten)?**

- Ja                       Nein (weiter bei Frage 5)

**Wenn ja, wie haben Sie davon erfahren? (Mehrfachnennungen sind möglich)**

- Pflegeeinrichtung
- Internet (z.B. Pflegelotse)
- Fernsehen
- Zeitung
- Bekannte / Verwandte / Freunde
- \_\_\_\_\_

**2. Wissen Sie welche Gesamtnote Ihre Einrichtung erhalten hat?**

- Ja                       Nein

**3. Empfinden Sie die Einzelnoten als hilfreich, um die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung treffen zu können?**

- sehr hilfreich                       hilfreich
- weniger hilfreich                       nicht hilfreich

4. Ist das Zustandekommen der einzelnen Noten für Sie nachvollziehbar?

- Ja
- Nein, weil \_\_\_\_\_

5. Wie viel Zeit hatten Sie, um sich für eine Einrichtung zu entscheiden?

- 1 Woche
- 2 bis 4 Wochen
- mehr als 4 Wochen

6. Weshalb haben Sie sich für diese Einrichtung entschieden?  
(Mehrfachnennungen sind möglich.)

- aufgrund der Noten des Transparenzberichtes
- aufgrund positiver Eindrücke vor Ort
- Empfehlung von Bekannten / Verwandten / Freunden
- Empfehlung des Krankenhauses
- \_\_\_\_\_

7. Wie wichtig für Ihre Entscheidung sind folgende Faktoren: Kosten, Leistungen, Pflegeschlüssel und Qualifikation des Pflegepersonals?

- sehr wichtig
- eher unwichtig
- wichtig / keine Gedanken gemacht
- unwichtig

8. In wie weit glauben Sie, dass die Veröffentlichung der Noten zu einer Verbesserung der Qualität in den Einrichtungen führt?

- große Verbesserung
- keine Verbesserung
- etwas Verbesserung

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Transparenzbericht/Pflegenoten

*nicht so wichtig, Das subjektive Empfinden der Heimbevorzugung ist unterschiedlich.*

---



---



---



---

**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- (zukünftige/r) Bewohner/in
- Angehörige/r
- Betreuer/in
- \_\_\_\_\_

2. Geschlecht

- männlich
- weiblich

3. Alter

- unter 40
- 40 – 49
- 50 – 59
- 60 – 69
- 70 und älter

4. Nutzen Sie das Internet als Informationsquelle?

- Ja
- Nein

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**

**Bewohnerumfrage zum Thema:  
Pflegetransparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflegetransparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten/Pflegenoten:**

1. Ist Ihnen bekannt, dass jede Einrichtung benotet wird und Sie das Ergebnis im Internet einsehen können (Transparenzbericht/Pflegenoten)?

- Ja                       Nein (weiter bei Frage 5)

Wenn ja, wie haben Sie davon erfahren? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- Pflegeeinrichtung
- Internet (z.B. Pflegelotse)
- Fernsehen
- Zeitung
- Bekannte / Verwandte / Freunde
- \_\_\_\_\_

2. Wissen Sie welche Gesamtnote Ihre Einrichtung erhalten hat?

- Ja                       Nein

3. Empfinden Sie die Einzelnoten als hilfreich, um die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung treffen zu können?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> sehr hilfreich    | <input type="checkbox"/> hilfreich       |
| <input type="checkbox"/> weniger hilfreich | <input type="checkbox"/> nicht hilfreich |

4. Ist das Zustandekommen der einzelnen Noten für Sie nachvollziehbar?

- Ja
- Nein, weil \_\_\_\_\_

5. Wie viel Zeit hatten Sie, um sich für eine Einrichtung zu entscheiden?

- 1 Woche
- 2 bis 4 Wochen
- mehr als 4 Wochen

6. Weshalb haben Sie sich für diese Einrichtung entschieden? (Mehrfachnennungen sind möglich.)

- aufgrund der Noten des Transparenzberichtes
- aufgrund positiver Eindrücke vor Ort
- Empfehlung von Bekannten / Verwandten / Freunden
- Empfehlung des Krankenhauses
- Einzig mögliche Einrichtung, die kurzfristig ein Zimmer frei hatte*

7. Wie wichtig für Ihre Entscheidung sind folgende Faktoren: Kosten, Leistungen, Pflegeschlüssel und Qualifikation des Pflegepersonals?

- sehr wichtig
- wichtig
- eher unwichtig
- unwichtig

8. In wie weit glauben Sie, dass die Veröffentlichung der Noten zu einer Verbesserung der Qualität in den Einrichtungen führt?

- große Verbesserung
- keine Verbesserung
- etwas Verbesserung

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Transparenzbericht/Pflegenoten

---

---

---

---

---

---

---

---



**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- (zukünftige/r) Bewohner/in
- Angehörige/r
- Betreuer/in
- \_\_\_\_\_

2. Geschlecht

- männlich
- weiblich

3. Alter

- unter 40
- 60 – 69
- 40 – 49
- 70 und älter
- 50 – 59

4. Nutzen Sie das Internet als Informationsquelle?

- Ja
- Nein

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**

**Bewohnerumfrage zum Thema:  
Pflegetransparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflegetransparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten/Pflegenoten:**

**1. Ist Ihnen bekannt, dass jede Einrichtung benotet wird und Sie das Ergebnis im Internet einsehen können (Transparenzbericht/Pflegenoten)?**

Ja  Nein (weiter bei Frage 5)

Wenn ja, wie haben Sie davon erfahren? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- Pflegeeinrichtung  
 Internet (z.B. Pflegelotse)  
 Fernsehen  
 Zeitung  
 Bekannte / Verwandte / Freunde  
 \_\_\_\_\_

**2. Wissen Sie welche Gesamtnote Ihre Einrichtung erhalten hat?**

Ja  Nein

**3. Empfinden Sie die Einzelnoten als hilfreich, um die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung treffen zu können?**

- sehr hilfreich  hilfreich  
 weniger hilfreich  nicht hilfreich



4. Ist das Zustandekommen der einzelnen Noten für Sie nachvollziehbar?

- Ja
- Nein, weil nicht damit beschäftigt

5. Wie viel Zeit hatten Sie, um sich für eine Einrichtung zu entscheiden?

- 1 Woche
- 2 bis 4 Wochen
- mehr als 4 Wochen

6. Weshalb haben Sie sich für diese Einrichtung entschieden?  
(Mehrfachnennungen sind möglich.)

- aufgrund der Noten des Transparenzberichtes
- aufgrund positiver Eindrücke vor Ort / guter Ruf
- Empfehlung von Bekannten / Verwandten / Freunden
- Empfehlung des Krankenhauses
- \_\_\_\_\_

7. Wie wichtig für Ihre Entscheidung sind folgende Faktoren: Kosten, Leistungen, Pflegeschlüssel und Qualifikation des Pflegepersonals?

- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> sehr wichtig   | <input type="checkbox"/> wichtig   |
| <input type="checkbox"/> eher unwichtig | <input type="checkbox"/> unwichtig |
- > 100 abgem.*

8. In wie weit glauben Sie, dass die Veröffentlichung der Noten zu einer Verbesserung der Qualität in den Einrichtungen führt?

- große Verbesserung
- keine Verbesserung
- etwas Verbesserung

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Transparenzbericht/Pflegenoten

---

---

---

---

---

---

---

---

**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- (zukünftige/r) Bewohner/in
- Angehörige/r
- Betreuer/in
- Pflegepersonal nach Rücksprache mit Bewohner

2. Geschlecht

- männlich
- weiblich

3. Alter

- unter 40
- 40 – 49
- 50 – 59
- 60 – 69
- 70 und älter

4. Nutzen Sie das Internet als Informationsquelle?

- Ja
- Nein

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**

**Bewohnerumfrage zum Thema:  
Pflegetransparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflegetransparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten/Pflegenoten:**

**1. Ist Ihnen bekannt, dass jede Einrichtung benotet wird und Sie das Ergebnis im Internet einsehen können (Transparenzbericht/Pflegenoten)?**

- Ja                       Nein (weiter bei Frage 5)

Wenn ja, wie haben Sie davon erfahren? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- Pflegeeinrichtung
- Internet (z.B. Pflegelotse)
- Fernsehen
- Zeitung
- Bekannte / Verwandte / Freunde
- \_\_\_\_\_

**2. Wissen Sie welche Gesamtnote Ihre Einrichtung erhalten hat?**

- Ja                       Nein

**3. Empfinden Sie die Einzelnoten als hilfreich, um die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung treffen zu können?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> sehr hilfreich    | <input type="checkbox"/> hilfreich       |
| <input type="checkbox"/> weniger hilfreich | <input type="checkbox"/> nicht hilfreich |

4. Ist das Zustandekommen der einzelnen Noten für Sie nachvollziehbar?

- Ja
- Nein, weil \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Wie viel Zeit hatten Sie, um sich für eine Einrichtung zu entscheiden?

- 1 Woche
- 2 bis 4 Wochen
- mehr als 4 Wochen

6. Weshalb haben Sie sich für diese Einrichtung entschieden?  
(Mehrfachnennungen sind möglich.)

- aufgrund der Noten des Transparenzberichtes
- aufgrund positiver Eindrücke vor Ort
- Empfehlung von Bekannten / Verwandten / Freunden
- Empfehlung des Krankenhauses
- christliche Einrichtung

7. Wie wichtig für Ihre Entscheidung sind folgende Faktoren: Kosten, Leistungen, Pflegeschlüssel und Qualifikation des Pflegepersonals?

- sehr wichtig
- wichtig
- eher unwichtig
- unwichtig

8. In wie weit glauben Sie, dass die Veröffentlichung der Noten zu einer Verbesserung der Qualität in den Einrichtungen führt?

- große Verbesserung
- etwas Verbesserung
- keine Verbesserung

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Transparenzbericht/Pflegenoten

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- (zukünftige/r) Bewohner/in
- Angehörige/r
- Betreuer/in
- Pflegepersonal nach Rücksprache mit Bewohner

2. Geschlecht

- männlich
- weiblich

3. Alter

- unter 40
- 40 – 49
- 50 – 59
- 60 – 69
- 70 und älter

4. Nutzen Sie das Internet als Informationsquelle?

- Ja
- Nein

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**



**Bewohnerumfrage zum Thema:  
Pflegetransparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflegetransparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten/Pflegenoten:**

**1. Ist Ihnen bekannt, dass jede Einrichtung benotet wird und Sie das Ergebnis im Internet einsehen können (Transparenzbericht/Pflegenoten)?**

- Ja                       Nein (weiter bei Frage 5)

Wenn ja, wie haben Sie davon erfahren? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- Pflegeeinrichtung
- Internet (z.B. Pflegelotse)
- Fernsehen
- Zeitung
- Bekannte / Verwandte / Freunde
- \_\_\_\_\_

**2. Wissen Sie welche Gesamtnote Ihre Einrichtung erhalten hat?**

- Ja                       Nein

**3. Empfinden Sie die Einzelnoten als hilfreich, um die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung treffen zu können?**

- sehr hilfreich                       hilfreich
- weniger hilfreich                 nicht hilfreich

4. Ist das Zustandekommen der einzelnen Noten für Sie nachvollziehbar?

- Ja
- Nein, weil \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Wie viel Zeit hatten Sie, um sich für eine Einrichtung zu entscheiden?

- 1 Woche
- 2 bis 4 Wochen
- mehr als 4 Wochen

6. Weshalb haben Sie sich für diese Einrichtung entschieden?  
(Mehrfachnennungen sind möglich.)

- aufgrund der Noten des Transparenzberichtes
- aufgrund positiver Eindrücke vor Ort
- Empfehlung von Bekannten / Verwandten / Freunden
- Empfehlung des Krankenhauses
- weil Einrichtung bekannt ist, dialektische Einrichtung

7. Wie wichtig für Ihre Entscheidung sind folgende Faktoren: Kosten, Leistungen, Pflegeschlüssel und Qualifikation des Pflegepersonals?

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> sehr wichtig | <input type="checkbox"/> wichtig   |
| <input type="checkbox"/> eher unwichtig          | <input type="checkbox"/> unwichtig |

8. In wie weit glauben Sie, dass die Veröffentlichung der Noten zu einer Verbesserung der Qualität in den Einrichtungen führt?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> große Verbesserung | <input checked="" type="checkbox"/> etwas Verbesserung |
| <input type="checkbox"/> keine Verbesserung |  |

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Transparenzbericht/Pflegenoten

---

---

---

---

---

---

---

---

**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- (zukünftige/r) Bewohner/in
- Angehörige/r
- Betreuer/in
- Teilnehmerin nach Rücksprache mit Bewohner

2. Geschlecht

- männlich
- weiblich

3. Alter

- unter 40
- 40 – 49
- 50 – 59
- 60 – 69
- 70 und älter

4. Nutzen Sie das Internet als Informationsquelle?

- Ja
- Nein

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**



**Bewohnerumfrage zum Thema:  
Pflegetransparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflegetransparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten/Pflegenoten:**

1. Ist Ihnen bekannt, dass jede Einrichtung benotet wird und Sie das Ergebnis im Internet einsehen können (Transparenzbericht/Pflegenoten)?

- Ja  Nein (weiter bei Frage 5)

Wenn ja, wie haben Sie davon erfahren? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- Pflegeeinrichtung  
 Internet (z.B. Pflegelotse)  
 Fernsehen  
 Zeitung  
 Bekannte / Verwandte / Freunde  
 \_\_\_\_\_

2. Wissen Sie welche Gesamtnote Ihre Einrichtung erhalten hat?

- Ja  Nein

3. Empfinden Sie die Einzelnoten als hilfreich, um die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung treffen zu können?

- sehr hilfreich  hilfreich  
 weniger hilfreich  nicht hilfreich

4. Ist das Zustandekommen der einzelnen Noten für Sie nachvollziehbar?

- Ja
- Nein, weil \_\_\_\_\_

5. Wie viel Zeit hatten Sie, um sich für eine Einrichtung zu entscheiden?

- 1 Woche
- 2 bis 4 Wochen
- mehr als 4 Wochen

6. Weshalb haben Sie sich für diese Einrichtung entschieden?  
(Mehrfachnennungen sind möglich.)

- aufgrund der Noten des Transparenzberichtes
- aufgrund positiver Eindrücke vor Ort
- Empfehlung von Bekannten / Verwandten / Freunden
- Empfehlung des Krankenhauses
- christliches Haus

7. Wie wichtig für Ihre Entscheidung sind folgende Faktoren: Kosten, Leistungen, Pflegeschlüssel und Qualifikation des Pflegepersonals?

- sehr wichtig
- eher unwichtig
- wichtig
- unwichtig

8. In wie weit glauben Sie, dass die Veröffentlichung der Noten zu einer Verbesserung der Qualität in den Einrichtungen führt?

- große Verbesserung
- keine Verbesserung
- etwas Verbesserung

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Transparenzbericht/Pflegenoten

---

---

---

---

---

---

---

---

**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- (zukünftige/r) Bewohner/in
- Angehörige/r
- Betreuer/in
- Pflegepersonal nach Leichsprache Bewohner

2. Geschlecht

- männlich
- weiblich

3. Alter

- unter 40
- 40 – 49
- 50 – 59
- 60 – 69
- 70 und älter

4. Nutzen Sie das Internet als Informationsquelle?

- Ja
- Nein

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**

**Bewohnerumfrage zum Thema:  
Pflegetransparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflegetransparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten/Pflegenoten:**

1. Ist Ihnen bekannt, dass jede Einrichtung benotet wird und Sie das Ergebnis im Internet einsehen können (Transparenzbericht/Pflegenoten)?

- Ja                       Nein (weiter bei Frage 5)

Wenn ja, wie haben Sie davon erfahren? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- Pflegeeinrichtung
- Internet (z.B. Pflegelotse)
- Fernsehen
- Zeitung
- Bekannte / Verwandte / Freunde
- \_\_\_\_\_

2. Wissen Sie welche Gesamtnote Ihre Einrichtung erhalten hat?

- Ja                       Nein

3. Empfinden Sie die Einzelnoten als hilfreich, um die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung treffen zu können?

- sehr hilfreich                       hilfreich
- weniger hilfreich                       nicht hilfreich

4. Ist das Zustandekommen der einzelnen Noten für Sie nachvollziehbar?

- Ja
- Nein, weil \_\_\_\_\_

5. Wie viel Zeit hatten Sie, um sich für eine Einrichtung zu entscheiden?

- kürzer als 1 Woche
- 1 Woche
- 2 bis 4 Wochen
- mehr als 4 Wochen

6. Weshalb haben Sie sich für diese Einrichtung entschieden?  
(Mehrfachnennungen sind möglich.)

- aufgrund der Noten des Transparenzberichtes
- aufgrund positiver Eindrücke vor Ort
- Empfehlung von Bekannten / Verwandten / Freunden
- Empfehlung des Krankenhauses
- da ein Pflegeplatz hauptsächlich zu haben war

7. Wie wichtig für Ihre Entscheidung sind folgende Faktoren: Kosten, Leistungen, Pflegeschlüssel und Qualifikation des Pflegepersonals?

- sehr wichtig
- wichtig
- eher unwichtig
- unwichtig

8. In wie weit glauben Sie, dass die Veröffentlichung der Noten zu einer Verbesserung der Qualität in den Einrichtungen führt?

- große Verbesserung
- etwas Verbesserung
- keine Verbesserung

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Transparenzbericht/Pflegenoten

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- (zukünftige/r) Bewohner/in
- Angehörige/r
- Betreuer/in
- Pflegepersonal in Rücksprache mit Bewohner

2. Geschlecht

- männlich
- weiblich

3. Alter

- unter 40
- 40 – 49
- 50 – 59
- 60 – 69
- 70 und älter

4. Nutzen Sie das Internet als Informationsquelle?

- Ja
- Nein

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**



**Bewohnerumfrage zum Thema:  
Pflegetransparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflegetransparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten/Pflegenoten:**

1. Ist Ihnen bekannt, dass jede Einrichtung benotet wird und Sie das Ergebnis im Internet einsehen können (Transparenzbericht/Pflegenoten)?

- Ja
- Nein (weiter bei Frage 5)

Wenn ja, wie haben Sie davon erfahren? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- Pflegeeinrichtung
- Internet (z.B. Pflegelotse)
- Fernsehen
- Zeitung
- Bekannte / Verwandte / Freunde
- \_\_\_\_\_

2. Wissen Sie welche Gesamtnote Ihre Einrichtung erhalten hat?

- Ja
- Nein

3. Empfinden Sie die Einzelnoten als hilfreich, um die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung treffen zu können?

- sehr hilfreich
- weniger hilfreich
- hilfreich
- nicht hilfreich

4. Ist das Zustandekommen der einzelnen Noten für Sie nachvollziehbar?

- Ja
- Nein, weil \_\_\_\_\_

5. Wie viel Zeit hatten Sie, um sich für eine Einrichtung zu entscheiden?

- 1 Woche
- 2 bis 4 Wochen
- mehr als 4 Wochen

6. Weshalb haben Sie sich für diese Einrichtung entschieden?  
(Mehrfachnennungen sind möglich.)

- aufgrund der Noten des Transparenzberichtes
- aufgrund positiver Eindrücke vor Ort
- Empfehlung von Bekannten / Verwandten / Freunden
- Empfehlung des Krankenhauses
- \_\_\_\_\_

7. Wie wichtig für Ihre Entscheidung sind folgende Faktoren: Kosten, Leistungen, Pflegeschlüssel und Qualifikation des Pflegepersonals?

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> sehr wichtig | <input type="checkbox"/> wichtig   |
| <input type="checkbox"/> eher unwichtig          | <input type="checkbox"/> unwichtig |

8. In wie weit glauben Sie, dass die Veröffentlichung der Noten zu einer Verbesserung der Qualität in den Einrichtungen führt?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> große Verbesserung | <input checked="" type="checkbox"/> etwas Verbesserung |
| <input type="checkbox"/> keine Verbesserung |  |

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Transparenzbericht/Pflegenoten

---



---



---



---



---



---



---



**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- (zukünftige/r) Bewohner/in
- Angehörige/r
- Betreuer/in
- \_\_\_\_\_

2. Geschlecht

- männlich
- weiblich

3. Alter

- unter 40
- 40 – 49
- 50 – 59
- 60 – 69
- 70 und älter

4. Nutzen Sie das Internet als Informationsquelle?

- Ja
- Nein

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**

**Bewohnerumfrage zum Thema:  
Pflegetransparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflegetransparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten/Pflegenoten:**

1. Ist Ihnen bekannt, dass jede Einrichtung benotet wird und Sie das Ergebnis im Internet einsehen können (Transparenzbericht/Pflegenoten)?

- Ja                       Nein (weiter bei Frage 5)

Wenn ja, wie haben Sie davon erfahren? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- Pflegeeinrichtung
- Internet (z.B. Pflegelotse)
- Fernsehen
- Zeitung
- Bekannte / Verwandte / Freunde
- \_\_\_\_\_

2. Wissen Sie welche Gesamtnote Ihre Einrichtung erhalten hat?

- Ja                       Nein

3. Empfinden Sie die Einzelnoten als hilfreich, um die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung treffen zu können?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> sehr hilfreich    | <input checked="" type="checkbox"/> hilfreich |
| <input type="checkbox"/> weniger hilfreich | <input type="checkbox"/> nicht hilfreich      |

4. Ist das Zustandekommen der einzelnen Noten für Sie nachvollziehbar?

- Ja
- Nein, weil nur Gesamtnoten ausgewiesen

5. Wie viel Zeit hatten Sie, um sich für eine Einrichtung zu entscheiden?

- 1 Woche
- 2 bis 4 Wochen
- mehr als 4 Wochen

6. Weshalb haben Sie sich für diese Einrichtung entschieden?  
(Mehrfachnennungen sind möglich.)

- aufgrund der Noten des Transparenzberichtes
- aufgrund positiver Eindrücke vor Ort
- Empfehlung von Bekannten / Verwandten / Freunden
- Empfehlung des Krankenhauses
- \_\_\_\_\_

7. Wie wichtig für Ihre Entscheidung sind folgende Faktoren: Kosten, Leistungen, Pflegeschlüssel und Qualifikation des Pflegepersonals?

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> sehr wichtig | <input type="checkbox"/> wichtig   |
| <input type="checkbox"/> eher unwichtig          | <input type="checkbox"/> unwichtig |

8. In wie weit glauben Sie, dass die Veröffentlichung der Noten zu einer Verbesserung der Qualität in den Einrichtungen führt?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> große Verbesserung | <input checked="" type="checkbox"/> etwas Verbesserung |
| <input type="checkbox"/> keine Verbesserung |  |

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Transparenzbericht/Pflegenoten

---



---



---



---



---



---



---

**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- (zukünftige/r) Bewohner/in
- Angehörige/r
- Betreuer/in
- \_\_\_\_\_

2. Geschlecht

- männlich
- weiblich

3. Alter

- unter 40
- 40 – 49
- 50 – 59
- 60 – 69
- 70 und älter

4. Nutzen Sie das Internet als Informationsquelle?

- Ja
- Nein

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**

**Bewohnerumfrage zum Thema:  
Pflegetransparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflegetransparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten/Pflegenoten:**

**1. Ist Ihnen bekannt, dass jede Einrichtung benotet wird und Sie das Ergebnis im Internet einsehen können (Transparenzbericht/Pflegenoten)?**

- Ja                       Nein (weiter bei Frage 5)

**Wenn ja, wie haben Sie davon erfahren? (Mehrfachnennungen sind möglich)**

- Pflegeeinrichtung  
 Internet (z.B. Pflegelotse)  
 Fernsehen  
 Zeitung  
 Bekannte / Verwandte / Freunde  
 \_\_\_\_\_

**2. Wissen Sie welche Gesamtnote Ihre Einrichtung erhalten hat?**

- Ja                       Nein

**3. Empfinden Sie die Einzelnoten als hilfreich, um die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung treffen zu können?**

- sehr hilfreich                       hilfreich  
 weniger hilfreich                       nicht hilfreich



4. Ist das Zustandekommen der einzelnen Noten für Sie nachvollziehbar?

- Ja  Nein, weil \_\_\_\_\_

5. Wie viel Zeit hatten Sie, um sich für eine Einrichtung zu entscheiden?

- 1 Woche  
 2 bis 4 Wochen  
 mehr als 4 Wochen

6. Weshalb haben Sie sich für diese Einrichtung entschieden?  
(Mehrfachnennungen sind möglich.)

- aufgrund der Noten des Transparenzberichtes  
 aufgrund positiver Eindrücke vor Ort  
 Empfehlung von Bekannten / Verwandten / Freunden  
 Empfehlung des Krankenhauses  
 schöne Lage

7. Wie wichtig für Ihre Entscheidung sind folgende Faktoren: Kosten, Leistungen, Pflegeschlüssel und Qualifikation des Pflegepersonals?

- sehr wichtig  wichtig  
 eher unwichtig  unwichtig

8. In wie weit glauben Sie, dass die Veröffentlichung der Noten zu einer Verbesserung der Qualität in den Einrichtungen führt?

- große Verbesserung  etwas Verbesserung  
 keine Verbesserung

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Transparenzbericht/Pflegenoten

---

---

---

---

---

---

---

---

**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- (zukünftige/r) Bewohner/in
- Angehörige/r
- Betreuer/in
- \_\_\_\_\_

2. Geschlecht

- männlich
- weiblich

3. Alter

- unter 40
- 40 – 49
- 50 – 59
- 60 – 69
- 70 und älter

4. Nutzen Sie das Internet als Informationsquelle?

- Ja
- Nein

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**

**Bewohnerumfrage zum Thema:  
Pflegetransparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflegetransparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten/Pflegenoten:**

1. Ist Ihnen bekannt, dass jede Einrichtung benotet wird und Sie das Ergebnis im Internet einsehen können (Transparenzbericht/Pflegenoten)?

- Ja  Nein (weiter bei Frage 5)

Wenn ja, wie haben Sie davon erfahren? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- Pflegeeinrichtung  
 Internet (z.B. Pflegelotse)  
 Fernsehen  
 Zeitung  
 Bekannte / Verwandte / Freunde  
 \_\_\_\_\_

2. Wissen Sie welche Gesamtnote Ihre Einrichtung erhalten hat?

- Ja  Nein

3. Empfinden Sie die Einzelnoten als hilfreich, um die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung treffen zu können?

- sehr hilfreich  hilfreich  
 weniger hilfreich  nicht hilfreich



4. Ist das Zustandekommen der einzelnen Noten für Sie nachvollziehbar?

- Ja
- Nein, weil \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Wie viel Zeit hatten Sie, um sich für eine Einrichtung zu entscheiden?

- 1 Woche
- 2 bis 4 Wochen
- mehr als 4 Wochen

6. Weshalb haben Sie sich für diese Einrichtung entschieden?  
(Mehrfachnennungen sind möglich.)

- aufgrund der Noten des Transparenzberichtes
- aufgrund positiver Eindrücke vor Ort
- Empfehlung von Bekannten / Verwandten / Freunden
- Empfehlung des Krankenhauses
- \_\_\_\_\_

7. Wie wichtig für Ihre Entscheidung sind folgende Faktoren: Kosten, Leistungen, Pflegeschlüssel und Qualifikation des Pflegepersonals?

- sehr wichtig
- wichtig
- eher unwichtig
- unwichtig

8. In wie weit glauben Sie, dass die Veröffentlichung der Noten zu einer Verbesserung der Qualität in den Einrichtungen führt?

- große Verbesserung
- etwas Verbesserung
- keine Verbesserung

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Transparenzbericht/Pflegenoten

---

---

---

---

---

---

---

---

**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- (zukünftige/r) Bewohner/in  
 Angehörige/r  
 Betreuer/in  
 \_\_\_\_\_

2. Geschlecht

- männlich       weiblich

3. Alter

- unter 40       40 – 49       50 – 59  
 60 – 69       70 und älter

4. Nutzen Sie das Internet als Informationsquelle?

- Ja       Nein

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**

**Bewohnerumfrage zum Thema:  
Pflegetransparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflegetransparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten/Pflegenoten:**

1. Ist Ihnen bekannt, dass jede Einrichtung benotet wird und Sie das Ergebnis im Internet einsehen können (Transparenzbericht/Pflegenoten)?

- Ja  Nein (weiter bei Frage 5)

Wenn ja, wie haben Sie davon erfahren? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- Pflegeeinrichtung
- Internet (z.B. Pflegelotse)
- Fernsehen
- Zeitung
- Bekannte / Verwandte / Freunde
- \_\_\_\_\_

2. Wissen Sie welche Gesamtnote Ihre Einrichtung erhalten hat?

- Ja  Nein

3. Empfinden Sie die Einzelnoten als hilfreich, um die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung treffen zu können?

- sehr hilfreich
- weniger hilfreich
- hilfreich
- nicht hilfreich

4. Ist das Zustandekommen der einzelnen Noten für Sie nachvollziehbar?

- Ja
- Nein, weil \_\_\_\_\_

5. Wie viel Zeit hatten Sie, um sich für eine Einrichtung zu entscheiden?

- 1 Woche
- 2 bis 4 Wochen
- mehr als 4 Wochen

6. Weshalb haben Sie sich für diese Einrichtung entschieden?  
(Mehrfachnennungen sind möglich.)

- aufgrund der Noten des Transparenzberichtes
- aufgrund positiver Eindrücke vor Ort
- Empfehlung von Bekannten / Verwandten / Freunden
- Empfehlung des Krankenhauses
- aufgrund eigener Erfahrungen

(unsere Mutter war vor 2 Jahren zur Kurzzeitpflege in dieser Einrichtung)

7. Wie wichtig für Ihre Entscheidung sind folgende Faktoren: Kosten, Leistungen, Pflegeschlüssel und Qualifikation des Pflegepersonals?

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> sehr wichtig | <input type="checkbox"/> wichtig   |
| <input type="checkbox"/> eher unwichtig          | <input type="checkbox"/> unwichtig |

8. In wie weit glauben Sie, dass die Veröffentlichung der Noten zu einer Verbesserung der Qualität in den Einrichtungen führt?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> große Verbesserung | <input checked="" type="checkbox"/> etwas Verbesserung |
| <input type="checkbox"/> keine Verbesserung |  |

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Transparenzbericht/Pflegenoten

---



---



---



---



---



---



---

**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- (zukünftige/r) Bewohner/in
- Angehörige/r
- Betreuer/in
- \_\_\_\_\_

2. Geschlecht

- männlich
- weiblich

3. Alter

- unter 40
- 40 – 49
- 50 – 59
- 60 – 69
- 70 und älter

4. Nutzen Sie das Internet als Informationsquelle?

- Ja
- Nein

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**

**Bewohnerumfrage zum Thema:  
Pflegetransparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflegetransparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten/Pflegenoten:**

1. Ist Ihnen bekannt, dass jede Einrichtung benotet wird und Sie das Ergebnis im Internet einsehen können (Transparenzbericht/Pflegenoten)?

Ja  Nein (weiter bei Frage 5)

Wenn ja, wie haben Sie davon erfahren? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- Pflegeeinrichtung  
 Internet (z.B. Pflegelotse)  
 Fernsehen  
 Zeitung  
 Bekannte / Verwandte / Freunde  
 \_\_\_\_\_

2. Wissen Sie welche Gesamtnote Ihre Einrichtung erhalten hat?

Ja  Nein

3. Empfinden Sie die Einzelnoten als hilfreich, um die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung treffen zu können?

- sehr hilfreich  hilfreich  
 weniger hilfreich  nicht hilfreich



4. Ist das Zustandekommen der einzelnen Noten für Sie nachvollziehbar?

- Ja
- Nein, weil \_\_\_\_\_

5. Wie viel Zeit hatten Sie, um sich für eine Einrichtung zu entscheiden?

- 1 Woche
- 2 bis 4 Wochen
- mehr als 4 Wochen

6. Weshalb haben Sie sich für diese Einrichtung entschieden?  
(Mehrfachnennungen sind möglich.)

- aufgrund der Noten des Transparenzberichtes
- aufgrund positiver Eindrücke vor Ort
- Empfehlung von Bekannten / Verwandten / Freunden
- Empfehlung des Krankenhauses
- Zu der Zeit einzige Einrichtung, die ein Zimmer frei hatte!*

7. Wie wichtig für Ihre Entscheidung sind folgende Faktoren: Kosten, Leistungen, Pflegeschlüssel und Qualifikation des Pflegepersonals?

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> sehr wichtig              | <input type="checkbox"/> wichtig   |
| <input checked="" type="checkbox"/> eher unwichtig | <input type="checkbox"/> unwichtig |

8. In wie weit glauben Sie, dass die Veröffentlichung der Noten zu einer Verbesserung der Qualität in den Einrichtungen führt?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> große Verbesserung            | <input type="checkbox"/> etwas Verbesserung |
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Verbesserung |   |

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Transparenzbericht/Pflegenoten

---

---

---

---

---

---

---

---

**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- (zukünftige/r) Bewohner/in
- Angehörige/r
- Betreuer/in
- \_\_\_\_\_

2. Geschlecht

- männlich
- weiblich

3. Alter

- unter 40
- 60 – 69
- 40 – 49
- 70 und älter
- 50 – 59

4. Nutzen Sie das Internet als Informationsquelle?

- Ja
- Nein

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**



**Bewohnerumfrage zum Thema:  
Pflegetransparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflegetransparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten/Pflegenoten:**

1. Ist Ihnen bekannt, dass jede Einrichtung benotet wird und Sie das Ergebnis im Internet einsehen können (Transparenzbericht/Pflegenoten)?

- Ja                                       Nein (weiter bei Frage 5)

Wenn ja, wie haben Sie davon erfahren? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- Pflegeeinrichtung
- Internet (z.B. Pflegelotse)
- Fernsehen
- Zeitung
- Bekannte / Verwandte / Freunde
- \_\_\_\_\_

2. Wissen Sie welche Gesamtnote Ihre Einrichtung erhalten hat?

- Ja                                       Nein

3. Empfinden Sie die Einzelnoten als hilfreich, um die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung treffen zu können?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> sehr hilfreich    | <input checked="" type="checkbox"/> hilfreich |
| <input type="checkbox"/> weniger hilfreich | <input type="checkbox"/> nicht hilfreich      |

4. Ist das Zustandekommen der einzelnen Noten für Sie nachvollziehbar?

- Ja
- Nein, weil \_\_\_\_\_

5. Wie viel Zeit hatten Sie, um sich für eine Einrichtung zu entscheiden?

- 1 Woche
- 2 bis 4 Wochen
- mehr als 4 Wochen

6. Weshalb haben Sie sich für diese Einrichtung entschieden? (Mehrfachnennungen sind möglich.)

- aufgrund der Noten des Transparenzberichtes
- aufgrund positiver Eindrücke vor Ort
- Empfehlung von Bekannten / Verwandten / Freunden
- Empfehlung des Krankenhauses
- \_\_\_\_\_

7. Wie wichtig für Ihre Entscheidung sind folgende Faktoren: Kosten, Leistungen, Pflegeschlüssel und Qualifikation des Pflegepersonals?

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> sehr wichtig | <input type="checkbox"/> wichtig   |
| <input type="checkbox"/> eher unwichtig          | <input type="checkbox"/> unwichtig |

8. In wie weit glauben Sie, dass die Veröffentlichung der Noten zu einer Verbesserung der Qualität in den Einrichtungen führt?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> große Verbesserung | <input checked="" type="checkbox"/> etwas Verbesserung |
| <input type="checkbox"/> keine Verbesserung |  |

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Transparenzbericht/Pflegenoten

---



---



---



---



---



---



---

**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- (zukünftige/r) Bewohner/in
- Angehörige/r
- Betreuer/in
- \_\_\_\_\_

2. Geschlecht

- männlich
- weiblich

3. Alter

- unter 40
- 40 – 49
- 50 – 59
- 60 – 69
- 70 und älter

4. Nutzen Sie das Internet als Informationsquelle?

- Ja
- Nein

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**

**Bewohnerumfrage zum Thema:**  
**Pflegetransparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflegetransparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten/Pflegenoten:**

**1. Ist Ihnen bekannt, dass jede Einrichtung benotet wird und Sie das Ergebnis im Internet einsehen können (Transparenzbericht/Pflegenoten)?**

- Ja  Nein (weiter bei Frage 5)

Wenn ja, wie haben Sie davon erfahren? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- Pflegeeinrichtung  
 Internet (z.B. Pflegelotse)  
 Fernsehen  
 Zeitung  
 Bekannte / Verwandte / Freunde  
 \_\_\_\_\_

**2. Wissen Sie welche Gesamtnote Ihre Einrichtung erhalten hat?**

- Ja  Nein

**3. Empfinden Sie die Einzelnoten als hilfreich, um die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung treffen zu können?**

- sehr hilfreich  hilfreich  
 weniger hilfreich  nicht hilfreich

4. Ist das Zustandekommen der einzelnen Noten für Sie nachvollziehbar?

- Ja
- Nein, weil \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

5. Wie viel Zeit hatten Sie, um sich für eine Einrichtung zu entscheiden?

- 1 Woche
- 2 bis 4 Wochen
- mehr als 4 Wochen

6. Weshalb haben Sie sich für diese Einrichtung entschieden?  
(Mehrfachnennungen sind möglich.)

- aufgrund der Noten des Transparenzberichtes
- aufgrund positiver Eindrücke vor Ort
- Empfehlung von Bekannten / Verwandten / Freunden
- Empfehlung des Krankenhauses
- \_\_\_\_\_

7. Wie wichtig für Ihre Entscheidung sind folgende Faktoren: Kosten, Leistungen, Pflegeschlüssel und Qualifikation des Pflegepersonals?

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> sehr wichtig | <input type="checkbox"/> wichtig   |
| <input type="checkbox"/> eher unwichtig          | <input type="checkbox"/> unwichtig |

8. In wie weit glauben Sie, dass die Veröffentlichung der Noten zu einer Verbesserung der Qualität in den Einrichtungen führt?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> große Verbesserung | <input checked="" type="checkbox"/> etwas Verbesserung |
| <input type="checkbox"/> keine Verbesserung |  |

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Transparenzbericht/Pflegenoten

---



---



---



---



---



---



---

**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- (zukünftige/r) Bewohner/in
- Angehörige/r
- Betreuer/in
- \_\_\_\_\_

2. Geschlecht

- männlich
- weiblich

3. Alter

- unter 40
- 40 – 49
- 50 – 59
- 60 – 69
- 70 und älter

4. Nutzen Sie das Internet als Informationsquelle?

- Ja
- Nein

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**



**Bewohnerumfrage zum Thema:  
Pflegetransparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflegetransparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten/Pflegenoten:**

**1. Ist Ihnen bekannt, dass jede Einrichtung benotet wird und Sie das Ergebnis im Internet einsehen können (Transparenzbericht/Pflegenoten)?**

- Ja
- Nein (weiter bei Frage 5)

**Wenn ja, wie haben Sie davon erfahren? (Mehrfachnennungen sind möglich)**

- Pflegeeinrichtung
- Internet (z.B. Pflegelotse)
- Fernsehen
- Zeitung
- Bekannte / Verwandte / Freunde
- \_\_\_\_\_

**2. Wissen Sie welche Gesamtnote Ihre Einrichtung erhalten hat?**

- Ja
- Nein

**3. Empfinden Sie die Einzelnoten als hilfreich, um die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung treffen zu können?**

- sehr hilfreich
- weniger hilfreich
- hilfreich
- nicht hilfreich

4. Ist das Zustandekommen der einzelnen Noten für Sie nachvollziehbar?

- Ja
- Nein, weil \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Wie viel Zeit hatten Sie, um sich für eine Einrichtung zu entscheiden?

- 1 Woche
- 2 bis 4 Wochen
- mehr als 4 Wochen

6. Weshalb haben Sie sich für diese Einrichtung entschieden?  
(Mehrfachnennungen sind möglich.)

- aufgrund der Noten des Transparenzberichtes
- aufgrund positiver Eindrücke vor Ort
- Empfehlung von Bekannten / Verwandten / Freunden
- Empfehlung des Krankenhauses
- \_\_\_\_\_

7. Wie wichtig für Ihre Entscheidung sind folgende Faktoren: Kosten, Leistungen, Pflegeschlüssel und Qualifikation des Pflegepersonals?

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> sehr wichtig | <input type="checkbox"/> wichtig   |
| <input type="checkbox"/> eher unwichtig          | <input type="checkbox"/> unwichtig |

8. In wie weit glauben Sie, dass die Veröffentlichung der Noten zu einer Verbesserung der Qualität in den Einrichtungen führt?

- |  |   |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> große Verbesserung | <input type="checkbox"/> etwas Verbesserung |
| <input type="checkbox"/> keine Verbesserung            |   |

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Transparenzbericht/Pflegenoten

---

---

---

---

---

---

---

---



**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- (zukünftige/r) Bewohner/in
- Angehörige/r
- Betreuer/in
- \_\_\_\_\_

2. Geschlecht

- männlich
- weiblich

3. Alter

- unter 40
- 40 – 49
- 50 – 59
- 60 – 69
- 70 und älter

4. Nutzen Sie das Internet als Informationsquelle?

- Ja
- Nein

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**

**Bewohnerumfrage zum Thema:  
Pflegetransparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflegetransparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten/Pflegenoten:**

1. Ist Ihnen bekannt, dass jede Einrichtung benotet wird und Sie das Ergebnis im Internet einsehen können (Transparenzbericht/Pflegenoten)?

Ja  Nein (weiter bei Frage 5)

Wenn ja, wie haben Sie davon erfahren? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- Pflegeeinrichtung  
 Internet (z.B. Pflegelotse)  
 Fernsehen  
 Zeitung  
 Bekannte / Verwandte / Freunde  
 \_\_\_\_\_

2. Wissen Sie welche Gesamtnote Ihre Einrichtung erhalten hat?

Ja  Nein

3. Empfinden Sie die Einzelnoten als hilfreich, um die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung treffen zu können?

- sehr hilfreich  hilfreich  
 weniger hilfreich  nicht hilfreich

4. Ist das Zustandekommen der einzelnen Noten für Sie nachvollziehbar?

- Ja
- Nein, weil \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Wie viel Zeit hatten Sie, um sich für eine Einrichtung zu entscheiden?

- 1 Woche
- 2 bis 4 Wochen
- mehr als 4 Wochen

6. Weshalb haben Sie sich für diese Einrichtung entschieden?  
(Mehrfachnennungen sind möglich.)

- aufgrund der Noten des Transparenzberichtes
- aufgrund positiver Eindrücke vor Ort
- Empfehlung von Bekannten / Verwandten / Freunden
- Empfehlung des Krankenhauses
- \_\_\_\_\_

7. Wie wichtig für Ihre Entscheidung sind folgende Faktoren: Kosten, Leistungen, Pflegeschlüssel und Qualifikation des Pflegepersonals?

- sehr wichtig
- eher unwichtig
- wichtig
- unwichtig

8. In wie weit glauben Sie, dass die Veröffentlichung der Noten zu einer Verbesserung der Qualität in den Einrichtungen führt?

- große Verbesserung
- keine Verbesserung
- etwas Verbesserung

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Transparenzbericht/Pflegenoten

---

---

---

---

---

---

---

---

**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- (~~zukünftige/r~~) Bewohner/in
- Angehörige/r
- Betreuer/in
- \_\_\_\_\_

2. Geschlecht

- männlich
- weiblich

3. Alter

- unter 40
- 60 – 69
- 40 – 49
- 70 und älter
- 50 – 59

4. Nutzen Sie das Internet als Informationsquelle?

- Ja
- Nein

*ja*  
*50/50*

Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!

**Bewohnerumfrage zum Thema:  
Pflegetransparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflegetransparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten/Pflegenoten:**

1. Ist Ihnen bekannt, dass jede Einrichtung benotet wird und Sie das Ergebnis im Internet einsehen können (Transparenzbericht/Pflegenoten)?

- Ja
- Nein (weiter bei Frage 5)

Wenn ja, wie haben Sie davon erfahren? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- Pflegeeinrichtung
- Internet (z.B. Pflegelotse)
- Fernsehen
- Zeitung
- Bekannte / Verwandte / Freunde
- \_\_\_\_\_

2. Wissen Sie welche Gesamtnote Ihre Einrichtung erhalten hat?

- Ja
- Nein

3. Empfinden Sie die Einzelnoten als hilfreich, um die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung treffen zu können?

- sehr hilfreich
- weniger hilfreich
- hilfreich
- nicht hilfreich

4. Ist das Zustandekommen der einzelnen Noten für Sie nachvollziehbar?

- Ja
- Nein, weil \_\_\_\_\_

5. Wie viel Zeit hatten Sie, um sich für eine Einrichtung zu entscheiden?

- 1 Woche
- 2 bis 4 Wochen
- mehr als 4 Wochen

6. Weshalb haben Sie sich für diese Einrichtung entschieden? (Mehrfachnennungen sind möglich.)

- aufgrund der Noten des Transparenzberichtes
- aufgrund positiver Eindrücke vor Ort
- Empfehlung von Bekannten / Verwandten / Freunden
- Empfehlung des Krankenhauses
- \_\_\_\_\_

7. Wie wichtig für Ihre Entscheidung sind folgende Faktoren: Kosten, Leistungen, Pflegeschlüssel und Qualifikation des Pflegepersonals?

- sehr wichtig
- eher unwichtig
- wichtig
- unwichtig

8. In wie weit glauben Sie, dass die Veröffentlichung der Noten zu einer Verbesserung der Qualität in den Einrichtungen führt?

- große Verbesserung
- keine Verbesserung
- etwas Verbesserung

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Transparenzbericht/Pflegenoten

*sollte als Basis für den Pflegeschlüssel dienen u. die Qualifizierung / Schulung des Personals*



**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- (zukünftige/r) Bewohner/in
- Angehörige/r
- Betreuer/in
- \_\_\_\_\_

2. Geschlecht

- männlich
- weiblich

3. Alter

- unter 40
- 40 – 49
- 50 – 59
- 60 – 69
- 70 und älter

4. Nutzen Sie das Internet als Informationsquelle?

- Ja
- Nein

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**

**Bewohnerumfrage zum Thema:  
Pflegetransparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflegetransparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten/Pflegenoten:**

1. Ist Ihnen bekannt, dass jede Einrichtung benotet wird und Sie das Ergebnis im Internet einsehen können (Transparenzbericht/Pflegenoten)?

- Ja  Nein (weiter bei Frage 5)

Wenn ja, wie haben Sie davon erfahren? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- Pflegeeinrichtung
- Internet (z.B. Pflegelotse)
- Fernsehen
- Zeitung
- Bekannte / Verwandte / Freunde
- \_\_\_\_\_

2. Wissen Sie welche Gesamtnote Ihre Einrichtung erhalten hat?

- Ja  Nein

3. Empfinden Sie die Einzelnoten als hilfreich, um die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung treffen zu können?

- sehr hilfreich  hilfreich
- weniger hilfreich  nicht hilfreich



4. Ist das Zustandekommen der einzelnen Noten für Sie nachvollziehbar?

- Ja
- Nein, weil \_\_\_\_\_

5. Wie viel Zeit hatten Sie, um sich für eine Einrichtung zu entscheiden?

- 1 Woche
- 2 bis 4 Wochen
- mehr als 4 Wochen

6. Weshalb haben Sie sich für diese Einrichtung entschieden? (Mehrfachnennungen sind möglich.)

- aufgrund der Noten des Transparenzberichtes
- aufgrund positiver Eindrücke vor Ort
- Empfehlung von Bekannten / Verwandten / Freunden
- Empfehlung des Krankenhauses
- \_\_\_\_\_

7. Wie wichtig für Ihre Entscheidung sind folgende Faktoren: Kosten, Leistungen, Pflegeschlüssel und Qualifikation des Pflegepersonals?

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> sehr wichtig | <input type="checkbox"/> wichtig   |
| <input type="checkbox"/> eher unwichtig          | <input type="checkbox"/> unwichtig |

8. In wie weit glauben Sie, dass die Veröffentlichung der Noten zu einer Verbesserung der Qualität in den Einrichtungen führt?

- |  |   |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> große Verbesserung | <input type="checkbox"/> etwas Verbesserung |
| <input type="checkbox"/> keine Verbesserung            |   |

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Transparenzbericht/Pflegenoten

---



---



---



---



---



---



---

**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- (zukünftige/r) Bewohner/in
- Angehörige/r
- Betreuer/in
- \_\_\_\_\_

2. Geschlecht

- männlich
- weiblich

3. Alter

- unter 40
- 40 – 49
- 50 – 59
- 60 – 69
- 70 und älter

4. Nutzen Sie das Internet als Informationsquelle?

- Ja
- Nein

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**

**Bewohnerumfrage zum Thema:  
Pflegetransparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflegetransparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten/Pflegenoten:**

1. Ist Ihnen bekannt, dass jede Einrichtung benotet wird und Sie das Ergebnis im Internet einsehen können (Transparenzbericht/Pflegenoten)?

- Ja  Nein (weiter bei Frage 5)

Wenn ja, wie haben Sie davon erfahren? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- Pflegeeinrichtung  
 Internet (z.B. Pflegelotse)  
 Fernsehen  
 Zeitung  
 Bekannte / Verwandte / Freunde  
 \_\_\_\_\_

2. Wissen Sie welche Gesamtnote Ihre Einrichtung erhalten hat?

- Ja  Nein

3. Empfinden Sie die Einzelnoten als hilfreich, um die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung treffen zu können?

- sehr hilfreich  hilfreich  
 weniger hilfreich  nicht hilfreich

4. Ist das Zustandekommen der einzelnen Noten für Sie nachvollziehbar?

Ja

Nein, weil \_\_\_\_\_

5. Wie viel Zeit hatten Sie, um sich für eine Einrichtung zu entscheiden?

1 Woche

2 bis 4 Wochen

mehr als 4 Wochen

6. Weshalb haben Sie sich für diese Einrichtung entschieden?  
(Mehrfachnennungen sind möglich.)

aufgrund der Noten des Transparenzberichtes

aufgrund positiver Eindrücke vor Ort

Empfehlung von Bekannten / Verwandten / Freunden

Empfehlung des Krankenhauses

*war schon in Tagespflege*

7. Wie wichtig für Ihre Entscheidung sind folgende Faktoren: Kosten, Leistungen, Pflegeschlüssel und Qualifikation des Pflegepersonals?

sehr wichtig

eher unwichtig

wichtig

unwichtig

8. In wie weit glauben Sie, dass die Veröffentlichung der Noten zu einer Verbesserung der Qualität in den Einrichtungen führt?

große Verbesserung

keine Verbesserung

etwas Verbesserung

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Transparenzbericht/Pflegenoten

---

---

---

---

---

---

---

---

**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- (zukünftige/r) Bewohner/in
- Angehörige/r
- Betreuer/in
- \_\_\_\_\_

2. Geschlecht

- männlich
- weiblich

3. Alter

- unter 40
- 40 – 49
- 50 – 59
- 60 – 69
- 70 und älter

4. Nutzen Sie das Internet als Informationsquelle?

- Ja
- Nein

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**

**Bewohnerumfrage zum Thema:  
Pflegetransparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflegetransparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten/Pflegenoten:**

1. Ist Ihnen bekannt, dass jede Einrichtung benotet wird und Sie das Ergebnis im Internet einsehen können (Transparenzbericht/Pflegenoten)?

- Ja                       Nein (weiter bei Frage 5)

Wenn ja, wie haben Sie davon erfahren? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- Pflegeeinrichtung
- Internet (z.B. Pflegelotse)
- Fernsehen
- Zeitung
- Bekannte / Verwandte / Freunde
- \_\_\_\_\_

2. Wissen Sie welche Gesamtnote Ihre Einrichtung erhalten hat?

- Ja                       Nein

3. Empfinden Sie die Einzelnoten als hilfreich, um die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung treffen zu können?

- sehr hilfreich                       hilfreich
- weniger hilfreich                       nicht hilfreich

4. Ist das Zustandekommen der einzelnen Noten für Sie nachvollziehbar?

- Ja
- Nein, weil ich mich bisher nicht damit befasst habe

5. Wie viel Zeit hatten Sie, um sich für eine Einrichtung zu entscheiden?

- 1 Woche
- 2 bis 4 Wochen
- mehr als 4 Wochen

6. Weshalb haben Sie sich für diese Einrichtung entschieden? (Mehrfachnennungen sind möglich.)

- aufgrund der Noten des Transparenzberichtes
- aufgrund positiver Eindrücke vor Ort
- Empfehlung von Bekannten / Verwandten / Freunden
- Empfehlung des Krankenhauses
- \_\_\_\_\_

7. Wie wichtig für Ihre Entscheidung sind folgende Faktoren: Kosten, Leistungen, Pflegeschlüssel und Qualifikation des Pflegepersonals?

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> sehr wichtig | <input type="checkbox"/> wichtig   |
| <input type="checkbox"/> eher unwichtig          | <input type="checkbox"/> unwichtig |

8. In wie weit glauben Sie, dass die Veröffentlichung der Noten zu einer Verbesserung der Qualität in den Einrichtungen führt?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> große Verbesserung | <input checked="" type="checkbox"/> etwas Verbesserung |
| <input type="checkbox"/> keine Verbesserung |  |

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Transparenzbericht/Pflegenoten

---



---



---



---



---



---



---

**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- (zukünftige/r) Bewohner/in
- Angehörige/r
- Betreuer/in
- \_\_\_\_\_

2. Geschlecht

- männlich
- weiblich

3. Alter

- unter 40
- 40 – 49
- 50 – 59
- 60 – 69
- 70 und älter

4. Nutzen Sie das Internet als Informationsquelle?

- Ja
- Nein

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**



**Bewohnerumfrage zum Thema:**  
**Pflegetransparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflegetransparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten/Pflegenoten:**

1. Ist Ihnen bekannt, dass jede Einrichtung benotet wird und Sie das Ergebnis im Internet einsehen können (Transparenzbericht/Pflegenoten)?

- Ja  Nein (weiter bei Frage 5)

Wenn ja, wie haben Sie davon erfahren? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- Pflegeeinrichtung  
 Internet (z.B. Pflegelotse)  
 Fernsehen  
 Zeitung  
 Bekannte / Verwandte / Freunde  
 \_\_\_\_\_

2. Wissen Sie welche Gesamtnote Ihre Einrichtung erhalten hat?

- Ja  Nein

3. Empfinden Sie die Einzelnoten als hilfreich, um die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung treffen zu können?

- sehr hilfreich  hilfreich  
 weniger hilfreich  nicht hilfreich

4. Ist das Zustandekommen der einzelnen Noten für Sie nachvollziehbar?

- Ja
- Nein, weil \_\_\_\_\_

5. Wie viel Zeit hatten Sie, um sich für eine Einrichtung zu entscheiden?

- 1 Woche *weniger*
- 2 bis 4 Wochen
- mehr als 4 Wochen

6. Weshalb haben Sie sich für diese Einrichtung entschieden? (Mehrfachnennungen sind möglich.)

- aufgrund der Noten des Transparenzberichtes
- aufgrund positiver Eindrücke vor Ort
- Empfehlung von Bekannten / Verwandten / Freunden
- Empfehlung des Krankenhauses
- \_\_\_\_\_

7. Wie wichtig für Ihre Entscheidung sind folgende Faktoren: Kosten, Leistungen, Pflegeschlüssel und Qualifikation des Pflegepersonals?

- sehr wichtig
- eher unwichtig
- wichtig
- unwichtig

8. In wie weit glauben Sie, dass die Veröffentlichung der Noten zu einer Verbesserung der Qualität in den Einrichtungen führt?

- große Verbesserung
- keine Verbesserung
- etwas Verbesserung

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Transparenzbericht/Pflegenoten

---



---



---



---



---



---



---

**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- (zukünftige/r) Bewohner/in
- Angehörige/r
- Betreuer/in
- \_\_\_\_\_

2. Geschlecht

- männlich
- weiblich

3. Alter

- unter 40
- 40 – 49
- 50 – 59
- 60 – 69
- 70 und älter

4. Nutzen Sie das Internet als Informationsquelle?

- Ja
- Nein

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**

**Bewohnerumfrage zum Thema:  
Pflegetransparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflegetransparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten/Pflegenoten:**

1. Ist Ihnen bekannt, dass jede Einrichtung benotet wird und Sie das Ergebnis im Internet einsehen können (Transparenzbericht/Pflegenoten)?

Ja  Nein (weiter bei Frage 5)

Wenn ja, wie haben Sie davon erfahren? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- Pflegeeinrichtung  
 Internet (z.B. Pflegelotse)  
 Fernsehen  
 Zeitung  
 Bekannte / Verwandte / Freunde  
 \_\_\_\_\_

2. Wissen Sie welche Gesamtnote Ihre Einrichtung erhalten hat?

Ja  Nein

3. Empfinden Sie die Einzelnoten als hilfreich, um die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung treffen zu können?

- sehr hilfreich  hilfreich  
 weniger hilfreich  nicht hilfreich

4. Ist das Zustandekommen der einzelnen Noten für Sie nachvollziehbar?

- Ja
- Nein, weil \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

5. Wie viel Zeit hatten Sie, um sich für eine Einrichtung zu entscheiden?

- 1 Woche
- 2 bis 4 Wochen
- mehr als 4 Wochen

6. Weshalb haben Sie sich für diese Einrichtung entschieden?  
(Mehrfachnennungen sind möglich.)

- aufgrund der Noten des Transparenzberichtes
- aufgrund positiver Eindrücke vor Ort
- Empfehlung von Bekannten / Verwandten / Freunden
- Empfehlung des Krankenhauses
- \_\_\_\_\_

7. Wie wichtig für Ihre Entscheidung sind folgende Faktoren: Kosten, Leistungen, Pflegeschlüssel und Qualifikation des Pflegepersonals?

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> sehr wichtig | <input type="checkbox"/> wichtig   |
| <input type="checkbox"/> eher unwichtig          | <input type="checkbox"/> unwichtig |

8. In wie weit glauben Sie, dass die Veröffentlichung der Noten zu einer Verbesserung der Qualität in den Einrichtungen führt?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> große Verbesserung            | <input type="checkbox"/> etwas Verbesserung |
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Verbesserung |   |

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Transparenzbericht/Pflegenoten

---



---



---



---



---



---



---

**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- (zukünftige/r) Bewohner/in
- Angehörige/r
- Betreuer/in
- \_\_\_\_\_

2. Geschlecht

- männlich
- weiblich

3. Alter

- unter 40
- 40 – 49
- 50 – 59
- 60 – 69
- 70 und älter

4. Nutzen Sie das Internet als Informationsquelle?

- Ja
- Nein

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**

**Bewohnerumfrage zum Thema:  
Pflegetransparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflegetransparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten/Pflegenoten:**

1. Ist Ihnen bekannt, dass jede Einrichtung benotet wird und Sie das Ergebnis im Internet einsehen können (Transparenzbericht/Pflegenoten)?

- Ja                       Nein (weiter bei Frage 5)

Wenn ja, wie haben Sie davon erfahren? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- Pflegeeinrichtung
- Internet (z.B. Pflegelotse)
- Fernsehen
- Zeitung
- Bekannte / Verwandte / Freunde
- \_\_\_\_\_

2. Wissen Sie welche Gesamtnote Ihre Einrichtung erhalten hat?

- Ja                       Nein

3. Empfinden Sie die Einzelnoten als hilfreich, um die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung treffen zu können?

- sehr hilfreich                       hilfreich
- weniger hilfreich                       nicht hilfreich



4. Ist das Zustandekommen der einzelnen Noten für Sie nachvollziehbar?

- Ja
- Nein, weil \_\_\_\_\_

5. Wie viel Zeit hatten Sie, um sich für eine Einrichtung zu entscheiden?

- 1 Woche
- 2 bis 4 Wochen
- mehr als 4 Wochen

6. Weshalb haben Sie sich für diese Einrichtung entschieden? (Mehrfachnennungen sind möglich.)

- aufgrund der Noten des Transparenzberichtes
- aufgrund positiver Eindrücke vor Ort
- Empfehlung von Bekannten / Verwandten / Freunden
- Empfehlung des Krankenhauses
- \_\_\_\_\_

7. Wie wichtig für Ihre Entscheidung sind folgende Faktoren: Kosten, Leistungen, Pflegeschlüssel und Qualifikation des Pflegepersonals?

- sehr wichtig
- wichtig
- eher unwichtig
- unwichtig

8. In wie weit glauben Sie, dass die Veröffentlichung der Noten zu einer Verbesserung der Qualität in den Einrichtungen führt?

- große Verbesserung
- etwas Verbesserung
- keine Verbesserung

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Transparenzbericht/Pflegenoten

Es würde viele Entscheidungen einfacher machen wenn es auch so zutrifft.

---



---



---



---



---



**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- (zukünftige/r) Bewohner/in
- Angehörige/r
- Betreuer/in
- \_\_\_\_\_

2. Geschlecht

- männlich
- weiblich

3. Alter

- unter 40
- 40 – 49
- 50 – 59
- 60 – 69
- 70 und älter

4. Nutzen Sie das Internet als Informationsquelle?

- Ja
- Nein

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**

**Bewohnerumfrage zum Thema:  
Pflegetransparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflegetransparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten/Pflegenoten:**

1. Ist Ihnen bekannt, dass jede Einrichtung benotet wird und Sie das Ergebnis im Internet einsehen können (Transparenzbericht/Pflegenoten)?

- Ja  Nein (weiter bei Frage 5)

Wenn ja, wie haben Sie davon erfahren? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- Pflegeeinrichtung  
 Internet (z.B. Pflegelotse)  
 Fernsehen  
 Zeitung  
 Bekannte / Verwandte / Freunde  
 \_\_\_\_\_

2. Wissen Sie welche Gesamtnote Ihre Einrichtung erhalten hat?

- Ja  Nein

3. Empfinden Sie die Einzelnoten als hilfreich, um die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung treffen zu können?

- sehr hilfreich  hilfreich  
 weniger hilfreich  nicht hilfreich

4. Ist das Zustandekommen der einzelnen Noten für Sie nachvollziehbar?

- Ja
- Nein, weil \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Wie viel Zeit hatten Sie, um sich für eine Einrichtung zu entscheiden?

- 1 Woche
- 2 bis 4 Wochen
- mehr als 4 Wochen

6. Weshalb haben Sie sich für diese Einrichtung entschieden?  
(Mehrfachnennungen sind möglich.)

- aufgrund der Noten des Transparenzberichtes
- aufgrund positiver Eindrücke vor Ort
- Empfehlung von Bekannten / Verwandten / Freunden
- Empfehlung des Krankenhauses
- \_\_\_\_\_

7. Wie wichtig für Ihre Entscheidung sind folgende Faktoren: Kosten, Leistungen, Pflegeschlüssel und Qualifikation des Pflegepersonals?

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> sehr wichtig | <input type="checkbox"/> wichtig   |
| <input type="checkbox"/> eher unwichtig          | <input type="checkbox"/> unwichtig |

8. In wie weit glauben Sie, dass die Veröffentlichung der Noten zu einer Verbesserung der Qualität in den Einrichtungen führt?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> große Verbesserung            | <input type="checkbox"/> etwas Verbesserung |
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Verbesserung |   |

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Transparenzbericht/Pflegenoten

---

---

---

---

---

---

---

---

**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- (zukünftige/r) Bewohner/in
- Angehörige/r
- Betreuer/in
- \_\_\_\_\_

2. Geschlecht

- männlich
- weiblich

3. Alter

- unter 40
- 40 – 49
- 50 – 59
- 60 – 69
- 70 und älter

4. Nutzen Sie das Internet als Informationsquelle?

- Ja
- Nein

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**

**Bewohnerumfrage zum Thema:  
Pflegetransparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflegetransparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten/Pflegenoten:**

**1. Ist Ihnen bekannt, dass jede Einrichtung benotet wird und Sie das Ergebnis im Internet einsehen können (Transparenzbericht/Pflegenoten)?**

Ja  Nein (weiter bei Frage 5)

**Wenn ja, wie haben Sie davon erfahren? (Mehrfachnennungen sind möglich)**

- Pflegeeinrichtung
- Internet (z.B. Pflegelotse)
- Fernsehen
- Zeitung
- Bekannte / Verwandte / Freunde
- \_\_\_\_\_

**2. Wissen Sie welche Gesamtnote Ihre Einrichtung erhalten hat?**

Ja  Nein

**3. Empfinden Sie die Einzelnoten als hilfreich, um die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung treffen zu können?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> sehr hilfreich    | <input type="checkbox"/> hilfreich       |
| <input type="checkbox"/> weniger hilfreich | <input type="checkbox"/> nicht hilfreich |

4. Ist das Zustandekommen der einzelnen Noten für Sie nachvollziehbar?

- Ja
- Nein, weil \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Wie viel Zeit hatten Sie, um sich für eine Einrichtung zu entscheiden?

- 1 Woche
- 2 bis 4 Wochen
- mehr als 4 Wochen

6. Weshalb haben Sie sich für diese Einrichtung entschieden?  
(Mehrfachnennungen sind möglich.)

- aufgrund der Noten des Transparenzberichtes
- aufgrund positiver Eindrücke vor Ort
- Empfehlung von Bekannten / Verwandten / Freunden
- Empfehlung des Krankenhauses
- \_\_\_\_\_

7. Wie wichtig für Ihre Entscheidung sind folgende Faktoren: Kosten, Leistungen, Pflegeschlüssel und Qualifikation des Pflegepersonals?

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> sehr wichtig | <input type="checkbox"/> wichtig   |
| <input type="checkbox"/> eher unwichtig          | <input type="checkbox"/> unwichtig |

8. In wie weit glauben Sie, dass die Veröffentlichung der Noten zu einer Verbesserung der Qualität in den Einrichtungen führt?

- |  |   |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> große Verbesserung | <input type="checkbox"/> etwas Verbesserung |
| <input type="checkbox"/> keine Verbesserung            |   |

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Transparenzbericht/Pflegenoten

✓

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- (zukünftige/r) Bewohner/in
- Angehörige/r
- Betreuer/in
- \_\_\_\_\_

2. Geschlecht

- männlich
- weiblich

3. Alter

- unter 40
- 40 – 49
- 50 – 59
- 60 – 69
- 70 und älter

4. Nutzen Sie das Internet als Informationsquelle?

- Ja
- Nein

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**



**Bewohnerumfrage zum Thema:**  
**Pflege-Transparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflege-Transparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten/Pflegenoten:**

1. Ist Ihnen bekannt, dass jede Einrichtung benotet wird und Sie das Ergebnis im Internet einsehen können (Transparenzbericht/Pflegenoten)?

Ja  Nein (weiter bei Frage 5)

Wenn ja, wie haben Sie davon erfahren? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- Pflegeeinrichtung  
 Internet (z.B. Pflegeelotse)  
 Fernsehen  
 Zeitung  
 Bekannte / Verwandte / Freunde  
 \_\_\_\_\_

2. Wissen Sie welche Gesamtnote Ihre Einrichtung erhalten hat?

Ja  Nein

3. Empfinden Sie die Einzelnoten als hilfreich, um die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung treffen zu können?

- sehr hilfreich  hilfreich  
 weniger hilfreich  nicht hilfreich



4. Ist das Zustandekommen der einzelnen Noten für Sie nachvollziehbar?

- Ja
- Nein, weil \_\_\_\_\_

5. Wie viel Zeit hatten Sie, um sich für eine Einrichtung zu entscheiden?

- 1 Woche
- 2 bis 4 Wochen
- mehr als 4 Wochen

6. Weshalb haben Sie sich für diese Einrichtung entschieden?  
(Mehrfachnennungen sind möglich.)

- aufgrund der Noten des Transparenzberichtes
- aufgrund positiver Eindrücke vor Ort
- Empfehlung von Bekannten / Verwandten / Freunden
- Empfehlung des Krankenhauses
- \_\_\_\_\_

7. Wie wichtig für Ihre Entscheidung sind folgende Faktoren: Kosten, Leistungen, Pflegeschlüssel und Qualifikation des Pflegepersonals?

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> sehr wichtig | <input type="checkbox"/> wichtig   |
| <input type="checkbox"/> eher unwichtig          | <input type="checkbox"/> unwichtig |

8. In wie weit glauben Sie, dass die Veröffentlichung der Noten zu einer Verbesserung der Qualität in den Einrichtungen führt?

- |  |   |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> große Verbesserung | <input type="checkbox"/> etwas Verbesserung |
| <input type="checkbox"/> keine Verbesserung            |   |

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Transparenzbericht/Pflegenoten

---



---



---



---



---



---



---

**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- (zukünftige/r) Bewohner/in
- Angehörige/r
- Betreuer/in
- \_\_\_\_\_

2. Geschlecht

- männlich
- weiblich

3. Alter

- unter 40
- 40 – 49
- 50 – 59
- 60 – 69
- 70 und älter

4. Nutzen Sie das Internet als Informationsquelle?

- Ja
- Nein

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**

**Bewohnerumfrage zum Thema:  
Pflegetransparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflegetransparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten/Pflegenoten:**

1. Ist Ihnen bekannt, dass jede Einrichtung benotet wird und Sie das Ergebnis im Internet einsehen können (Transparenzbericht/Pflegenoten)?

- Ja
- Nein (weiter bei Frage 5)

Wenn ja, wie haben Sie davon erfahren? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- Pflegeeinrichtung
- Internet (z.B. Pflegelotse)
- Fernsehen
- Zeitung
- Bekannte / Verwandte / Freunde
- \_\_\_\_\_

2. Wissen Sie welche Gesamnote Ihre Einrichtung erhalten hat?

- Ja
- Nein

3. Empfinden Sie die Einzelnoten als hilfreich, um die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung treffen zu können?

- sehr hilfreich
- weniger hilfreich
- hilfreich
- nicht hilfreich

4. Ist das Zustandekommen der einzelnen Noten für Sie nachvollziehbar?

- Ja
- Nein, weil \_\_\_\_\_

5. Wie viel Zeit hatten Sie, um sich für eine Einrichtung zu entscheiden?

- 1 Woche
- 2 bis 4 Wochen
- mehr als 4 Wochen

6. Weshalb haben Sie sich für diese Einrichtung entschieden? (Mehrfachnennungen sind möglich.)

- aufgrund der Noten des Transparenzberichtes
- aufgrund positiver Eindrücke vor Ort
- Empfehlung von Bekannten / Verwandten / Freunden
- Empfehlung des Krankenhauses
- \_\_\_\_\_

7. Wie wichtig für Ihre Entscheidung sind folgende Faktoren: Kosten, Leistungen, Pflegeschlüssel und Qualifikation des Pflegepersonals?

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> sehr wichtig | <input type="checkbox"/> wichtig   |
| <input type="checkbox"/> eher unwichtig          | <input type="checkbox"/> unwichtig |

8. In wie weit glauben Sie, dass die Veröffentlichung der Noten zu einer Verbesserung der Qualität in den Einrichtungen führt?

- |  |   |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> große Verbesserung | <input type="checkbox"/> etwas Verbesserung |
| <input type="checkbox"/> keine Verbesserung            |   |

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Transparenzbericht/Pflegenoten

---



---



---



---



---



---



---

**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- (zukünftige/r) Bewohner/in  
 Angehörige/r  
 Betreuer/in  
 \_\_\_\_\_

2. Geschlecht

- männlich       weiblich

3. Alter

- unter 40       40 – 49       50 – 59  
 60 – 69       70 und älter

4. Nutzen Sie das Internet als Informationsquelle?

- Ja       Nein

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**

**Bewohnerumfrage zum Thema:  
Pflegetransparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflegetransparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten/Pflegenoten:**

1. Ist Ihnen bekannt, dass jede Einrichtung benotet wird und Sie das Ergebnis im Internet einsehen können (Transparenzbericht/Pflegenoten)?

- Ja  Nein (weiter bei Frage 5)

Wenn ja, wie haben Sie davon erfahren? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- Pflegeeinrichtung  
 Internet (z.B. Pflegelotse)  
 Fernsehen  
 Zeitung  
 Bekannte / Verwandte / Freunde  
 \_\_\_\_\_

2. Wissen Sie welche Gesamtnote Ihre Einrichtung erhalten hat?

- Ja  Nein

3. Empfinden Sie die Einzelnoten als hilfreich, um die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung treffen zu können?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> sehr hilfreich               | <input type="checkbox"/> hilfreich       |
| <input checked="" type="checkbox"/> weniger hilfreich | <input type="checkbox"/> nicht hilfreich |

4. Ist das Zustandekommen der einzelnen Noten für Sie nachvollziehbar?

- Ja
- Nein, weil \_\_\_\_\_

5. Wie viel Zeit hatten Sie, um sich für eine Einrichtung zu entscheiden?

- 1 Woche
- 2 bis 4 Wochen
- mehr als 4 Wochen

6. Weshalb haben Sie sich für diese Einrichtung entschieden?  
(Mehrfachnennungen sind möglich.)

- aufgrund der Noten des Transparenzberichtes
- aufgrund positiver Eindrücke vor Ort
- Empfehlung von Bekannten / Verwandten / Freunden
- Empfehlung des Krankenhauses
- \_\_\_\_\_

7. Wie wichtig für Ihre Entscheidung sind folgende Faktoren: Kosten, Leistungen, Pflegeschlüssel und Qualifikation des Pflegepersonals?

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> sehr wichtig | <input type="checkbox"/> wichtig   |
| <input type="checkbox"/> eher unwichtig          | <input type="checkbox"/> unwichtig |

8. In wie weit glauben Sie, dass die Veröffentlichung der Noten zu einer Verbesserung der Qualität in den Einrichtungen führt?

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> große Verbesserung | <input type="checkbox"/> etwas Verbesserung | ? |
| <input type="checkbox"/> keine Verbesserung |   |   |

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Transparenzbericht/Pflegenoten

---



---



---



---



---



---



---



**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- (zukünftige/r) Bewohner/in
- Angehörige/r
- Betreuer/in
- \_\_\_\_\_

2. Geschlecht

- männlich
- weiblich

3. Alter

- unter 40
- 40 – 49
- 50 – 59
- 60 – 69
- 70 und älter

4. Nutzen Sie das Internet als Informationsquelle?

- Ja
- Nein

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**



**Bewohnerumfrage zum Thema:  
Pflege-Transparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflege-Transparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten/Pflegenoten:**

1. Ist Ihnen bekannt, dass jede Einrichtung benotet wird und Sie das Ergebnis im Internet einsehen können (Transparenzbericht/Pflegenoten)?

- Ja                       Nein (weiter bei Frage 5)

Wenn ja, wie haben Sie davon erfahren? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- Pflegeeinrichtung  
 Internet (z.B. Pflegebotse)  
 Fernsehen  
 Zeitung  
 Bekannte / Verwandte / Freunde  
 \_\_\_\_\_

2. Wissen Sie welche Gesamtnote Ihre Einrichtung erhalten hat?

- Ja                       Nein

3. Empfinden Sie die Einzelnoten als hilfreich, um die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung treffen zu können?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> sehr hilfreich    | <input type="checkbox"/> hilfreich       |
| <input type="checkbox"/> weniger hilfreich | <input type="checkbox"/> nicht hilfreich |

4. Ist das Zustandekommen der einzelnen Noten für Sie nachvollziehbar?

- Ja
- Nein, weil \_\_\_\_\_

5. Wie viel Zeit hatten Sie, um sich für eine Einrichtung zu entscheiden?

- 1 Woche
- 2 bis 4 Wochen
- mehr als 4 Wochen

6. Weshalb haben Sie sich für diese Einrichtung entschieden?  
(Mehrfachnennungen sind möglich.)

- aufgrund der Noten des Transparenzberichtes
- aufgrund positiver Eindrücke vor Ort
- Empfehlung von Bekannten / Verwandten / Freunden
- Empfehlung des Krankenhauses
- weit im die Ecke

7. Wie wichtig für Ihre Entscheidung sind folgende Faktoren: Kosten, Leistungen, Pflegeschlüssel und Qualifikation des Pflegepersonals?

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> sehr wichtig | <input type="checkbox"/> wichtig   |
| <input type="checkbox"/> eher unwichtig          | <input type="checkbox"/> unwichtig |

8. In wie weit glauben Sie, dass die Veröffentlichung der Noten zu einer Verbesserung der Qualität in den Einrichtungen führt?

- |  |   |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> große Verbesserung | <input type="checkbox"/> etwas Verbesserung |
| <input type="checkbox"/> keine Verbesserung            |   |

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Transparenzbericht/Pflegenoten

---

---

---

---

---

---

---

---

**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- (zukünftige/r) Bewohner/in
- Angehörige/r
- Betreuer/in
- \_\_\_\_\_

2. Geschlecht

- männlich
- weiblich

3. Alter

- unter 40
- 40 – 49
- 50 – 59
- 60 – 69
- 70 und älter

4. Nutzen Sie das Internet als Informationsquelle?

- Ja
- Nein

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**

**Bewohnerumfrage zum Thema:  
Pflegetransparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflegetransparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten/Pflegenoten:**

1. Ist Ihnen bekannt, dass jede Einrichtung benotet wird und Sie das Ergebnis im Internet einsehen können (Transparenzbericht/Pflegenoten)?

- Ja                       Nein (weiter bei Frage 5)

Wenn ja, wie haben Sie davon erfahren? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- Pflegeeinrichtung
- Internet (z.B. Pflegelotse)
- Fernsehen
- Zeitung
- Bekannte / Verwandte / Freunde
- \_\_\_\_\_

2. Wissen Sie welche Gesamtnote Ihre Einrichtung erhalten hat?

- Ja                       Nein

3. Empfinden Sie die Einzelnoten als hilfreich, um die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung treffen zu können?

- sehr hilfreich
- weniger hilfreich
- hilfreich
- nicht hilfreich

4. Ist das Zustandekommen der einzelnen Noten für Sie nachvollziehbar?

- Ja
- Nein, weil \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Wie viel Zeit hatten Sie, um sich für eine Einrichtung zu entscheiden?

- 1 Woche
- 2 bis 4 Wochen
- mehr als 4 Wochen

6. Weshalb haben Sie sich für diese Einrichtung entschieden?  
(Mehrfachnennungen sind möglich.)

- aufgrund der Noten des Transparenzberichtes
- aufgrund positiver Eindrücke vor Ort
- Empfehlung von Bekannten / Verwandten / Freunden
- Empfehlung des Krankenhauses
- \_\_\_\_\_

7. Wie wichtig für Ihre Entscheidung sind folgende Faktoren: Kosten, Leistungen, Pflegeschlüssel und Qualifikation des Pflegepersonals?

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> sehr wichtig | <input type="checkbox"/> wichtig   |
| <input type="checkbox"/> eher unwichtig          | <input type="checkbox"/> unwichtig |

8. In wie weit glauben Sie, dass die Veröffentlichung der Noten zu einer Verbesserung der Qualität in den Einrichtungen führt?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> große Verbesserung            | <input type="checkbox"/> etwas Verbesserung |
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Verbesserung |   |

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Transparenzbericht/Pflegenoten

---

---

---

---

---

---

---

---

**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- (zukünftige/r) Bewohner/in  
 Angehörige/r  
 Betreuer/in  
 \_\_\_\_\_

2. Geschlecht

- männlich       weiblich

3. Alter

- unter 40       40 – 49       50 – 59  
 60 – 69       70 und älter

4. Nutzen Sie das Internet als Informationsquelle?

- Ja       Nein

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**

**Bewohnerumfrage zum Thema:  
Pflegetransparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflegetransparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten/Pflegenoten:**

1. Ist Ihnen bekannt, dass jede Einrichtung benotet wird und Sie das Ergebnis im Internet einsehen können (Transparenzbericht/Pflegenoten)?

- Ja                       Nein (weiter bei Frage 5)

Wenn ja, wie haben Sie davon erfahren? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- Pflegeeinrichtung  
 Internet (z.B. Pflegelotse)  
 Fernsehen  
 Zeitung  
 Bekannte / Verwandte / Freunde  
 \_\_\_\_\_

2. Wissen Sie welche Gesamnote Ihre Einrichtung erhalten hat?

- Ja                       Nein

3. Empfinden Sie die Einzelnoten als hilfreich, um die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung treffen zu können?

- |  |  |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> sehr hilfreich | <input type="checkbox"/> hilfreich       |
| <input type="checkbox"/> weniger hilfreich         | <input type="checkbox"/> nicht hilfreich |



4. Ist das Zustandekommen der einzelnen Noten für Sie nachvollziehbar?

- Ja
- Nein, weil \_\_\_\_\_

5. Wie viel Zeit hatten Sie, um sich für eine Einrichtung zu entscheiden?

- 1 Woche
- 2 bis 4 Wochen
- mehr als 4 Wochen

6. Weshalb haben Sie sich für diese Einrichtung entschieden? (Mehrfachnennungen sind möglich.)

- aufgrund der Noten des Transparenzberichtes
- aufgrund positiver Eindrücke vor Ort
- Empfehlung von Bekannten / Verwandten / Freunden
- Empfehlung des Krankenhauses
- \_\_\_\_\_

7. Wie wichtig für Ihre Entscheidung sind folgende Faktoren: Kosten, Leistungen, Pflegeschlüssel und Qualifikation des Pflegepersonals?

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> sehr wichtig | <input type="checkbox"/> wichtig   |
| <input type="checkbox"/> eher unwichtig          | <input type="checkbox"/> unwichtig |

8. In wie weit glauben Sie, dass die Veröffentlichung der Noten zu einer Verbesserung der Qualität in den Einrichtungen führt?

- |  |   |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> große Verbesserung | <input type="checkbox"/> etwas Verbesserung |
| <input type="checkbox"/> keine Verbesserung            |   |

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Transparenzbericht/Pflegenoten

---



---



---



---



---



---



**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- (zukünftige/r) Bewohner/in  
 Angehörige/r  
 Betreuer/in  
 \_\_\_\_\_

2. Geschlecht

- männlich       weiblich

3. Alter

- unter 40       40 – 49       50 – 59  
 60 – 69       70 und älter

4. Nutzen Sie das Internet als Informationsquelle?

- Ja       Nein

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**

**Bewohnerumfrage zum Thema:**  
**Pflege-Transparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflege-Transparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten/Pflegenoten:**

1. Ist Ihnen bekannt, dass jede Einrichtung benotet wird und Sie das Ergebnis im Internet einsehen können (Transparenzbericht/Pflegenoten)?

Ja  Nein (weiter bei Frage 5)

Wenn ja, wie haben Sie davon erfahren? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- Pflegeeinrichtung  
 Internet (z.B. Pflegelotse)  
 Fernsehen  
 Zeitung  
 Bekannte / Verwandte / Freunde  
 \_\_\_\_\_

2. Wissen Sie welche Gesamtnote Ihre Einrichtung erhalten hat?

Ja  Nein

3. Empfinden Sie die Einzelnoten als hilfreich, um die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung treffen zu können?

- sehr hilfreich  hilfreich  
 weniger hilfreich  nicht hilfreich

4. Ist das Zustandekommen der einzelnen Noten für Sie nachvollziehbar?

- Ja  Nein, weil \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

5. Wie viel Zeit hatten Sie, um sich für eine Einrichtung zu entscheiden?

- 1 Woche  
 2 bis 4 Wochen  
 mehr als 4 Wochen

6. Weshalb haben Sie sich für diese Einrichtung entschieden?  
 (Mehrfachnennungen sind möglich.)

- aufgrund der Noten des Transparenzberichtes  
 aufgrund positiver Eindrücke vor Ort  
 Empfehlung von Bekannten / Verwandten / Freunden  
 Empfehlung des Krankenhauses  
 \_\_\_\_\_

7. Wie wichtig für Ihre Entscheidung sind folgende Faktoren: Kosten, Leistungen, Pflegeschlüssel und Qualifikation des Pflegepersonals?

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> sehr wichtig | <input type="checkbox"/> wichtig   |
| <input type="checkbox"/> eher unwichtig          | <input type="checkbox"/> unwichtig |

8. In wie weit glauben Sie, dass die Veröffentlichung der Noten zu einer Verbesserung der Qualität in den Einrichtungen führt?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> große Verbesserung            | <input type="checkbox"/> etwas Verbesserung |
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Verbesserung |   |

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Transparenzbericht/Pflegenoten

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- (zukünftige/r) Bewohner/in
- Angehörige/r
- Betreuer/in
- \_\_\_\_\_

2. Geschlecht

- männlich
- weiblich

3. Alter

- unter 40
- 40 – 49
- 50 – 59
- 60 – 69
- 70 und älter

4. Nutzen Sie das Internet als Informationsquelle?

- Ja
- Nein

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**

**Bewohnerumfrage zum Thema:  
Pflegetransparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflegetransparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten/Pflegenoten:**

**1. Ist Ihnen bekannt, dass jede Einrichtung benotet wird und Sie das Ergebnis im Internet einschen können (Transparenzbericht/Pflegenoten)?**

- Ja  Nein (weiter bei Frage 5)

Wenn ja, wie haben Sie davon erfahren? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- Pflegeeinrichtung  
 Internet (z.B. Pflegelotse)  
 Fernsehen  
 Zeitung  
 Bekannte / Verwandte / Freunde  
 \_\_\_\_\_

**2. Wissen Sie welche Gesamtnote Ihre Einrichtung erhalten hat?**

- Ja  Nein

**3. Empfinden Sie die Einzelnoten als hilfreich, um die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung treffen zu können?**

- sehr hilfreich  hilfreich  
 weniger hilfreich  nicht hilfreich

4. Ist das Zustandekommen der einzelnen Noten für Sie nachvollziehbar?

- Ja
- Nein, weil \_\_\_\_\_

5. Wie viel Zeit hatten Sie, um sich für eine Einrichtung zu entscheiden?

- 1 Woche
- 2 bis 4 Wochen
- mehr als 4 Wochen

6. Weshalb haben Sie sich für diese Einrichtung entschieden? (Mehrfachnennungen sind möglich.)

- aufgrund der Noten des Transparenzberichtes
- aufgrund positiver Eindrücke vor Ort
- Empfehlung von Bekannten / Verwandten / Freunden
- Empfehlung des Krankenhauses
- \_\_\_\_\_

7. Wie wichtig für Ihre Entscheidung sind folgende Faktoren: Kosten, Leistungen, Pflegeschlüssel und Qualifikation des Pflegepersonals?

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> sehr wichtig | <input type="checkbox"/> wichtig   |
| <input type="checkbox"/> eher unwichtig          | <input type="checkbox"/> unwichtig |

8. In wie weit glauben Sie, dass die Veröffentlichung der Noten zu einer Verbesserung der Qualität in den Einrichtungen führt?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> große Verbesserung | <input checked="" type="checkbox"/> etwas Verbesserung |
| <input type="checkbox"/> keine Verbesserung |  |

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Transparenzbericht/Pflegenoten

---



---



---



---



---



---



---

**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- (zukünftige/r) Bewohner/in  
 Angehörige/r  
 Betreuer/in  
 \_\_\_\_\_

2. Geschlecht

- männlich                       weiblich

3. Alter

- unter 40                       40 – 49                       50 – 59  
 60 – 69                       70 und älter

4. Nutzen Sie das Internet als Informationsquelle?

- Ja                                       Nein

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**



**Bewohnerumfrage zum Thema:  
Pflegetransparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflegetransparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten/Pflegenoten:**

1. Ist Ihnen bekannt, dass jede Einrichtung benotet wird und Sie das Ergebnis im Internet einsehen können (Transparenzbericht/Pflegenoten)?

- Ja  Nein (weiter bei Frage 5)

Wenn ja, wie haben Sie davon erfahren? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- Pflegeeinrichtung  
 Internet (z.B. Pflegelotse)  
 Fernsehen  
 Zeitung  
 Bekannte / Verwandte / Freunde  
 \_\_\_\_\_

2. Wissen Sie welche Gesamtnote Ihre Einrichtung erhalten hat?

- Ja  Nein

3. Empfinden Sie die Einzelnoten als hilfreich, um die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung treffen zu können?

- sehr hilfreich  hilfreich  
 weniger hilfreich  nicht hilfreich



4. Ist das Zustandekommen der einzelnen Noten für Sie nachvollziehbar?

- Ja
- Nein, weil \_\_\_\_\_

5. Wie viel Zeit hatten Sie, um sich für eine Einrichtung zu entscheiden?

- 1 Woche
- 2 bis 4 Wochen
- mehr als 4 Wochen

6. Weshalb haben Sie sich für diese Einrichtung entschieden?  
(Mehrfachnennungen sind möglich.)

- aufgrund der Noten des Transparenzberichtes
- aufgrund positiver Eindrücke vor Ort
- Empfehlung von Bekannten / Verwandten / Freunden
- Empfehlung des Krankenhauses
- \_\_\_\_\_

7. Wie wichtig für Ihre Entscheidung sind folgende Faktoren: Kosten, Leistungen, Pflegeschlüssel und Qualifikation des Pflegepersonals?

- sehr wichtig
- wichtig
- eher unwichtig
- unwichtig

8. In wie weit glauben Sie, dass die Veröffentlichung der Noten zu einer Verbesserung der Qualität in den Einrichtungen führt?

- große Verbesserung
- etwas Verbesserung
- keine Verbesserung

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Transparenzbericht/Pflegenoten

---



---



---



---



---



---



---

**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- (zukünftige/r) Bewohner/in  
 Angehörige/r  
 Betreuer/in  
 \_\_\_\_\_

2. Geschlecht

- männlich       weiblich

3. Alter

- unter 40       40 – 49       50 – 59  
 60 – 69       70 und älter

4. Nutzen Sie das Internet als Informationsquelle?

- Ja       Nein

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**

**Bewohnerumfrage zum Thema:**  
**Pflege-Transparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur**  
**Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzlmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflege-Transparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten/Pflegenoten:**

1. Ist Ihnen bekannt, dass jede Einrichtung benotet wird und Sie das Ergebnis im Internet einsehen können (Transparenzbericht/Pflegenoten)?

- Ja  Nein (weiter bei Frage 5)

Wenn ja, wie haben Sie davon erfahren? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- Pflegeeinrichtung  
 Internet (z.B. Pflegelotse)  
 Fernsehen  
 Zeitung  
 Bekannte / Verwandte / Freunde  
 \_\_\_\_\_

2. Wissen Sie welche Gesamtnote Ihre Einrichtung erhalten hat?

- Ja  Nein

3. Empfinden Sie die Einzelnoten als hilfreich, um die richtige Entscheidung bei der Wahl einer

geeigneten Einrichtung treffen zu können?

- sehr hilfreich
  hilfreich  
 weniger hilfreich
  nicht hilfreich

4. Ist das Zustandekommen der einzelnen Noten für Sie nachvollziehbar?

- Ja
  Nein, weil ich mich nicht damit beschäftigt habe

5. Wie viel Zeit hatten Sie, um sich für eine Einrichtung zu entscheiden?

- 1 Woche  
 2 bis 4 Wochen  
 mehr als 4 Wochen

6. Weshalb haben Sie sich für diese Einrichtung entschieden?  
(Mehrfachnennungen sind möglich.)

- aufgrund der Noten des Transparenzberichtes  
 aufgrund positiver Eindrücke vor Ort  
 Empfehlung von Bekannten / Verwandten / Freunden  
 Empfehlung des Krankenhauses  
 \_\_\_\_\_

7. Wie wichtig für Ihre Entscheidung sind folgende Faktoren: Kosten, Leistungen, Pflegeschlüssel und Qualifikation des Pflegepersonals?

- sehr wichtig
  wichtig  
 eher unwichtig
  unwichtig

8. In wie weit glauben Sie, dass die Veröffentlichung der Noten zu einer Verbesserung der Qualität in den Einrichtungen führt?

- große Verbesserung
  etwas Verbesserung  
 keine Verbesserung

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Transparenzbericht/Pflegenoten

---



---



---



---

---

---

---

---

**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- (zukünftige/r) Bewohner/in
- Angehörige/r
- Betreuer/in
- \_\_\_\_\_

2. Geschlecht

- männlich
- weiblich

3. Alter

- unter 40
- 40 – 49
- 50 – 59
- 60 – 69
- 70 und älter

4. Nutzen Sie das Internet als Informationsquelle?

- Ja
- Nein

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**

**Bewohnerumfrage zum Thema:**  
**Pflegetransparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur**  
**Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzlmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflegetransparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten/Pflegenoten:**

1. Ist Ihnen bekannt, dass jede Einrichtung benotet wird und Sie das Ergebnis im Internet einsehen können (Transparenzbericht/Pflegenoten)?

- Ja  Nein (weiter bei Frage 5)

Wenn ja, wie haben Sie davon erfahren? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- Pflegeeinrichtung  
 Internet (z.B. Pflegelotse)  
 Fernsehen  
 Zeitung  
 Bekannte / Verwandte / Freunde  
 \_\_\_\_\_

2. Wissen Sie welche Gesamtnote Ihre Einrichtung erhalten hat?

- Ja  Nein

3. Empfinden Sie die Einzelnoten als hilfreich, um die richtige Entscheidung bei der Wahl einer



geeigneten Einrichtung treffen zu können?

- sehr hilfreich
- hilfreich
- weniger hilfreich
- nicht hilfreich

4. Ist das Zustandekommen der einzelnen Noten für Sie nachvollziehbar?

- Ja
- Nein, weil \_\_\_\_\_

5. Wie viel Zeit hatten Sie, um sich für eine Einrichtung zu entscheiden?

- 1 Woche
- 2 bis 4 Wochen
- mehr als 4 Wochen

6. Weshalb haben Sie sich für diese Einrichtung entschieden?  
(Mehrfachnennungen sind möglich.)

- aufgrund der Noten des Transparenzberichtes
- aufgrund positiver Eindrücke vor Ort
- Empfehlung von Bekannten / Verwandten / Freunden
- Empfehlung des Krankenhauses
- \_\_\_\_\_

7. Wie wichtig für Ihre Entscheidung sind folgende Faktoren: Kosten, Leistungen, Pflegeschlüssel und Qualifikation des Pflegepersonals?

- sehr wichtig
- wichtig
- eher unwichtig
- unwichtig

8. In wie weit glauben Sie, dass die Veröffentlichung der Noten zu einer Verbesserung der Qualität in den Einrichtungen führt?

- große Verbesserung
- keine Verbesserung
- etwas Verbesserung

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Transparenzbericht/Pflegenoten

---



---



---



---

---

---

---

---

**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- (zukünftige/r) Bewohner/in
- Angehörige/r
- Betreuer/in
- \_\_\_\_\_

2. Geschlecht

- männlich
- weiblich

3. Alter

- unter 40
- 40 – 49
- 50 – 59
- 60 – 69
- 70 und älter

4. Nutzen Sie das Internet als Informationsquelle?

- Ja
- Nein

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**



**Bewohnerumfrage zum Thema:  
Pflegetransparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur  
Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflegetransparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten/Pflegenoten:**

1. Ist Ihnen bekannt, dass jede Einrichtung benotet wird und Sie das Ergebnis im Internet einsehen können (Transparenzbericht/Pflegenoten)?

- Ja                                       Nein (weiter bei Frage 5)

Wenn ja, wie haben Sie davon erfahren? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- Pflegeeinrichtung
- Internet (z.B. Pflegelotse)
- Fernsehen
- Zeitung
- Bekannte / Verwandte / Freunde
- \_\_\_\_\_

2. Wissen Sie welche Gesamtnote Ihre Einrichtung erhalten hat?

- Ja                                       Nein

3. Empfinden Sie die Einzelnoten als hilfreich, um die richtige Entscheidung bei der Wahl einer

geeigneten Einrichtung treffen zu können?

- sehr hilfreich
- hilfreich
- weniger hilfreich
- nicht hilfreich

4. Ist das Zustandekommen der einzelnen Noten für Sie nachvollziehbar?

- Ja
- Nein, weil \_\_\_\_\_

5. Wie viel Zeit hatten Sie, um sich für eine Einrichtung zu entscheiden?

- 1 Woche
- 2 bis 4 Wochen
- mehr als 4 Wochen

6. Weshalb haben Sie sich für diese Einrichtung entschieden?  
(Mehrfachnennungen sind möglich.)

- aufgrund der Noten des Transparenzberichtes
- aufgrund positiver Eindrücke vor Ort
- Empfehlung von Bekannten / Verwandten / Freunden
- Empfehlung des Krankenhauses
- \_\_\_\_\_

7. Wie wichtig für Ihre Entscheidung sind folgende Faktoren: Kosten, Leistungen, Pflegeschlüssel und Qualifikation des Pflegepersonals?

- sehr wichtig
- eher unwichtig
- wichtig
- unwichtig

8. In wie weit glauben Sie, dass die Veröffentlichung der Noten zu einer Verbesserung der Qualität in den Einrichtungen führt?

- große Verbesserung
- keine Verbesserung
- etwas Verbesserung

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Transparenzbericht/Pflegenoten

---



---



---



---

---

---

---

---

**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- (zukünftige/r) Bewohner/in
- Angehörige/r
- Betreuer/in
- \_\_\_\_\_

2. Geschlecht

- männlich
- weiblich

3. Alter

- unter 40
- 40 – 49
- 50 – 59
- 60 – 69
- 70 und älter

4. Nutzen Sie das Internet als Informationsquelle?

- Ja
- Nein

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**

**Bewohnerumfrage zum Thema:**  
**Pflegetransparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur**  
**Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflegetransparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten/Pflegenoten:**

1. Ist Ihnen bekannt, dass jede Einrichtung benotet wird und Sie das Ergebnis im Internet einsehen können (Transparenzbericht/Pflegenoten)?

- Ja  Nein (weiter bei Frage 5)

Wenn ja, wie haben Sie davon erfahren? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- Pflegeeinrichtung  
 Internet (z.B. Pflegelotse)  
 Fernsehen  
 Zeitung  
 Bekannte / Verwandte / Freunde  
 \_\_\_\_\_

2. Wissen Sie welche Gesamtnote Ihre Einrichtung erhalten hat?

- Ja  Nein

3. Empfinden Sie die Einzelnoten als hilfreich, um die richtige Entscheidung bei der Wahl einer

geeigneten Einrichtung treffen zu können?

- sehr hilfreich
- weniger hilfreich
- hilfreich
- nicht hilfreich

4. Ist das Zustandekommen der einzelnen Noten für Sie nachvollziehbar?

- Ja
- Nein, weil \_\_\_\_\_

5. Wie viel Zeit hatten Sie, um sich für eine Einrichtung zu entscheiden?

- 1 Woche
- 2 bis 4 Wochen
- mehr als 4 Wochen

6. Weshalb haben Sie sich für diese Einrichtung entschieden?  
(Mehrfachnennungen sind möglich.)

- aufgrund der Noten des Transparenzberichtes
- aufgrund positiver Eindrücke vor Ort
- Empfehlung von Bekannten / Verwandten / Freunden
- Empfehlung des Krankenhauses
- \_\_\_\_\_

7. Wie wichtig für Ihre Entscheidung sind folgende Faktoren: Kosten, Leistungen, Pflegeschlüssel und Qualifikation des Pflegepersonals?

- sehr wichtig
- eher unwichtig
- wichtig
- unwichtig

8. In wie weit glauben Sie, dass die Veröffentlichung der Noten zu einer Verbesserung der Qualität in den Einrichtungen führt?

- große Verbesserung
- keine Verbesserung
- etwas Verbesserung

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Transparenzbericht/Pflegenoten

---



---



---



---

---

---

---

---

**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- (zukünftige/r) Bewohner/in
- Angehörige/r
- Betreuer/in
- \_\_\_\_\_

2. Geschlecht

- männlich
- weiblich

3. Alter

- unter 40
- 40 – 49
- 50 – 59
- 60 – 69
- 70 und älter

4. Nutzen Sie das Internet als Informationsquelle?

- Ja
- Nein

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**



**Bewohnerumfrage zum Thema:**  
**Pflege-Transparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur**  
**Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzlmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflege-Transparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten/Pflegenoten:**

1. Ist Ihnen bekannt, dass jede Einrichtung benotet wird und Sie das Ergebnis im Internet einsehen können (Transparenzbericht/Pflegenoten)?

- Ja  Nein (weiter bei Frage 5)

Wenn ja, wie haben Sie davon erfahren? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- Pflegeeinrichtung  
 Internet (z.B. Pflegelotse)  
 Fernsehen  
 Zeitung  
 Bekannte / Verwandte / Freunde  
 \_\_\_\_\_

2. Wissen Sie welche Gesamtnote Ihre Einrichtung erhalten hat?

- Ja  Nein

3. Empfinden Sie die Einzelnoten als hilfreich, um die richtige Entscheidung bei der Wahl einer

geeigneten Einrichtung treffen zu können?

- sehr hilfreich
- weniger hilfreich
- hilfreich
- nicht hilfreich

4. Ist das Zustandekommen der einzelnen Noten für Sie nachvollziehbar?

- Ja
- Nein, weil \_\_\_\_\_

5. Wie viel Zeit hatten Sie, um sich für eine Einrichtung zu entscheiden?

- 1 Woche
- 2 bis 4 Wochen
- mehr als 4 Wochen

6. Weshalb haben Sie sich für diese Einrichtung entschieden?  
(Mehrfachnennungen sind möglich.)

- aufgrund der Noten des Transparenzberichtes
- aufgrund positiver Eindrücke vor Ort
- Empfehlung von Bekannten / Verwandten / Freunden
- Empfehlung des Krankenhauses
- \_\_\_\_\_

7. Wie wichtig für Ihre Entscheidung sind folgende Faktoren: Kosten, Leistungen, Pflegeschlüssel und Qualifikation des Pflegepersonals?

- sehr wichtig
- eher unwichtig
- wichtig
- unwichtig

8. In wie weit glauben Sie, dass die Veröffentlichung der Noten zu einer Verbesserung der Qualität in den Einrichtungen führt?

- große Verbesserung
- keine Verbesserung
- etwas Verbesserung

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Transparenzbericht/Pflegenoten

---



---



---



---



---

---

---

---

**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- (zukünftige/r) Bewohner/in
- Angehörige/r
- Betreuer/in
- \_\_\_\_\_

2. Geschlecht

- männlich
- weiblich

3. Alter

- unter 40
- 60 – 69
- 40 – 49
- 70 und älter
- 50 – 59

4. Nutzen Sie das Internet als Informationsquelle?

- Ja
- Nein

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**

**Bewohnerumfrage zum Thema:**  
**Pflegetransparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur**  
**Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzlmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflegetransparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten/Pflegenoten:**

1. Ist Ihnen bekannt, dass jede Einrichtung benotet wird und Sie das Ergebnis im Internet einsehen können (Transparenzbericht/Pflegenoten)?

Ja  Nein (weiter bei Frage 5)

Wenn ja, wie haben Sie davon erfahren? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- Pflegeeinrichtung
- Internet (z.B. Pflegelotse)
- Fernsehen
- Zeitung
- Bekannte / Verwandte / Freunde

Schulung

2. Wissen Sie welche Gesamtnote Ihre Einrichtung erhalten hat?

Ja  Nein

3. Empfinden Sie die Einzelnoten als hilfreich, um die richtige Entscheidung bei der Wahl einer

geeigneten Einrichtung treffen zu können?

- sehr hilfreich
- weniger hilfreich
- hilfreich
- nicht hilfreich

4. Ist das Zustandekommen der einzelnen Noten für Sie nachvollziehbar?

- Ja
- Nein, weil \_\_\_\_\_

5. Wie viel Zeit hatten Sie, um sich für eine Einrichtung zu entscheiden?

- 1 Woche
- 2 bis 4 Wochen
- mehr als 4 Wochen

6. Weshalb haben Sie sich für diese Einrichtung entschieden?  
(Mehrfachnennungen sind möglich.)

- aufgrund der Noten des Transparenzberichtes
- aufgrund positiver Eindrücke vor Ort
- Empfehlung von Bekannten / Verwandten / Freunden
- Empfehlung des Krankenhauses
- \_\_\_\_\_

7. Wie wichtig für Ihre Entscheidung sind folgende Faktoren: Kosten, Leistungen, Pflegeschlüssel und Qualifikation des Pflegepersonals?

- sehr wichtig
- eher unwichtig
- wichtig
- unwichtig

8. In wie weit glauben Sie, dass die Veröffentlichung der Noten zu einer Verbesserung der Qualität in den Einrichtungen führt?

- große Verbesserung
- keine Verbesserung
- etwas Verbesserung

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Transparenzbericht/Pflegenoten

---



---



---



---

-43

---

---

---

---

**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- (zukünftige/r) Bewohner/in  
 Angehörige/r  
 Betreuer/in  
 \_\_\_\_\_

2. Geschlecht

- männlich       weiblich

3. Alter

- unter 40       40 – 49       50 – 59  
 60 – 69       70 und älter

4. Nutzen Sie das Internet als Informationsquelle?

- Ja       Nein

Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!

**Bewohnerumfrage zum Thema:  
Pflegetransparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflegetransparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten/Pflegenoten:**

1. Ist Ihnen bekannt, dass jede Einrichtung benotet wird und Sie das Ergebnis im Internet einsehen können (Transparenzbericht/Pflegenoten)?

- Ja                       Nein (weiter bei Frage 5)

Wenn ja, wie haben Sie davon erfahren? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- Pflegeeinrichtung
- Internet (z.B. Pflegelotse)
- Fernsehen
- Zeitung
- Bekannte / Verwandte / Freunde
- \_\_\_\_\_

2. Wissen Sie welche Gesamtnote Ihre Einrichtung erhalten hat?

- Ja                       Nein

3. Empfinden Sie die Einzelnoten als hilfreich, um die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung treffen zu können?

- sehr hilfreich                       hilfreich
- weniger hilfreich                       nicht hilfreich

4. Ist das Zustandekommen der einzelnen Noten für Sie nachvollziehbar?

- Ja
- Nein, weil \_\_\_\_\_

5. Wie viel Zeit hatten Sie, um sich für eine Einrichtung zu entscheiden?

- 1 Woche *(war seit Jahren angemeldet)*
- 2 bis 4 Wochen *und ausreichend informiert)*
- mehr als 4 Wochen

6. Weshalb haben Sie sich für diese Einrichtung entschieden? (Mehrfachnennungen sind möglich.)

- aufgrund der Noten des Transparenzberichtes
- aufgrund positiver Eindrücke vor Ort
- Empfehlung von Bekannten / Verwandten / Freunden
- Empfehlung des Krankenhauses
- \_\_\_\_\_

7. Wie wichtig für Ihre Entscheidung sind folgende Faktoren: Kosten, Leistungen, Pflegeschlüssel und Qualifikation des Pflegepersonals?

- sehr wichtig
- wichtig
- eher unwichtig
- unwichtig

8. In wie weit glauben Sie, dass die Veröffentlichung der Noten zu einer Verbesserung der Qualität in den Einrichtungen führt?

- große Verbesserung
- etwas Verbesserung
- keine Verbesserung

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Transparenzbericht/Pflegenoten

---



---



---



---



---



---



---

**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- (zukünftige/r) Bewohner/in
- Angehörige/r
- Betreuer/in
- \_\_\_\_\_

2. Geschlecht

- männlich
- weiblich

3. Alter

- unter 40
- 60 – 69
- 40 – 49
- 70 und älter
- 50 – 59

4. Nutzen Sie das Internet als Informationsquelle?

- Ja
- Nein

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**



**Bewohnerumfrage zum Thema:  
Pflegetransparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflegetransparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten/Pflegenoten:**

**1. Ist Ihnen bekannt, dass jede Einrichtung benotet wird und Sie das Ergebnis im Internet einsehen können (Transparenzbericht/Pflegenoten)?**

- Ja                                       Nein (weiter bei Frage 5)

**Wenn ja, wie haben Sie davon erfahren? (Mehrfachnennungen sind möglich)**

- Pflegeeinrichtung
- Internet (z.B. Pflegelotse)
- Fernsehen
- Zeitung
- Bekannte / Verwandte / Freunde
- \_\_\_\_\_

**2. Wissen Sie welche Gesamtnote Ihre Einrichtung erhalten hat?**

- Ja                                       Nein

**3. Empfinden Sie die Einzelnoten als hilfreich, um die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung treffen zu können?**

- sehr hilfreich                                       hilfreich
- weniger hilfreich                                       nicht hilfreich



4. Ist das Zustandekommen der einzelnen Noten für Sie nachvollziehbar?

- Ja
- Nein, weil \_\_\_\_\_

5. Wie viel Zeit hatten Sie, um sich für eine Einrichtung zu entscheiden?

- 1 Woche
- 2 bis 4 Wochen
- mehr als 4 Wochen

6. Weshalb haben Sie sich für diese Einrichtung entschieden?  
(Mehrfachnennungen sind möglich.)

- aufgrund der Noten des Transparenzberichtes
- aufgrund positiver Eindrücke vor Ort
- Empfehlung von Bekannten / Verwandten / Freunden
- Empfehlung des Krankenhauses
- \_\_\_\_\_

7. Wie wichtig für Ihre Entscheidung sind folgende Faktoren: Kosten, Leistungen, Pflegeschlüssel und Qualifikation des Pflegepersonals?

- sehr wichtig
- eher unwichtig
- wichtig
- unwichtig

8. In wie weit glauben Sie, dass die Veröffentlichung der Noten zu einer Verbesserung der Qualität in den Einrichtungen führt?

- große Verbesserung
- keine Verbesserung
- etwas Verbesserung

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Transparenzbericht/Pflegenoten

*bin mit dem Istzustand zufrieden.*

---



---



---



---



---



---

**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- (zukünftige/r) Bewohner/in
- Angehörige/r
- Betreuer/in
- \_\_\_\_\_

2. Geschlecht

- männlich
- weiblich

3. Alter

- unter 40
- 40 – 49
- 50 – 59
- 60 – 69
- 70 und älter

4. Nutzen Sie das Internet als Informationsquelle?

- Ja
- Nein

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**

**Bewohnerumfrage zum Thema:  
Pflegetransparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflegetransparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten/Pflegenoten:**

**1. Ist Ihnen bekannt, dass jede Einrichtung benotet wird und Sie das Ergebnis im Internet einsehen können (Transparenzbericht/Pflegenoten)?**

- Ja  Nein (weiter bei Frage 5)

Wenn ja, wie haben Sie davon erfahren? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- Pflegeeinrichtung  
 Internet (z.B. Pflegelotse)  
 Fernsehen  
 Zeitung  
 Bekannte / Verwandte / Freunde  
 \_\_\_\_\_

**2. Wissen Sie welche Gesamnote Ihre Einrichtung erhalten hat?**

- Ja  Nein

**3. Empfinden Sie die Einzelnoten als hilfreich, um die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung treffen zu können?**

- sehr hilfreich  hilfreich  
 weniger hilfreich  nicht hilfreich

4. Ist das Zustandekommen der einzelnen Noten für Sie nachvollziehbar?

- Ja
- Nein, weil \_\_\_\_\_

5. Wie viel Zeit hatten Sie, um sich für eine Einrichtung zu entscheiden?

- 1 Woche
- 2 bis 4 Wochen
- mehr als 4 Wochen

6. Weshalb haben Sie sich für diese Einrichtung entschieden? (Mehrfachnennungen sind möglich.)

- aufgrund der Noten des Transparenzberichtes
- aufgrund positiver Eindrücke vor Ort
- Empfehlung von Bekannten / Verwandten / Freunden
- Empfehlung des Krankenhauses
- \_\_\_\_\_

7. Wie wichtig für Ihre Entscheidung sind folgende Faktoren: Kosten, Leistungen, Pflegeschlüssel und Qualifikation des Pflegepersonals?

- sehr wichtig
- wichtig
- eher unwichtig
- unwichtig

8. In wie weit glauben Sie, dass die Veröffentlichung der Noten zu einer Verbesserung der Qualität in den Einrichtungen führt?

- große Verbesserung
- keine Verbesserung
- etwas Verbesserung

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Transparenzbericht/Pflegenoten

---



---



---



---



---



---



---

**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- (zukünftige/r) Bewohner/in  
 Angehörige/r  
 Betreuer/in  
 \_\_\_\_\_

2. Geschlecht

- männlich                       weiblich

3. Alter

- unter 40                       40 – 49                       50 – 59  
 60 – 69                       70 und älter

4. Nutzen Sie das Internet als Informationsquelle?

- Ja                                       Nein

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**

**Bewohnerumfrage zum Thema:  
Pflegetransparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflegetransparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten/Pflegenoten:**

1. Ist Ihnen bekannt, dass jede Einrichtung benotet wird und Sie das Ergebnis im Internet einsehen können (Transparenzbericht/Pflegenoten)?

- Ja                       Nein (weiter bei Frage 5)

Wenn ja, wie haben Sie davon erfahren? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- Pflegeeinrichtung  
 Internet (z.B. Pflegelotse)  
 Fernsehen  
 Zeitung  
 Bekannte / Verwandte / Freunde  
 \_\_\_\_\_

2. Wissen Sie welche Gesamtnote Ihre Einrichtung erhalten hat?

- Ja                       Nein

3. Empfinden Sie die Einzelnoten als hilfreich, um die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung treffen zu können?

- sehr hilfreich                       hilfreich  
 weniger hilfreich                       nicht hilfreich

4. Ist das Zustandekommen der einzelnen Noten für Sie nachvollziehbar?

- Ja
- Nein, weil \_\_\_\_\_

5. Wie viel Zeit hatten Sie, um sich für eine Einrichtung zu entscheiden?

- 1 Woche
- 2 bis 4 Wochen
- mehr als 4 Wochen

6. Weshalb haben Sie sich für diese Einrichtung entschieden? (Mehrfachnennungen sind möglich.)

- aufgrund der Noten des Transparenzberichtes
- aufgrund positiver Eindrücke vor Ort
- Empfehlung von Bekannten / Verwandten / Freunden
- Empfehlung des Krankenhauses
- \_\_\_\_\_

7. Wie wichtig für Ihre Entscheidung sind folgende Faktoren: Kosten, Leistungen, Pflegeschlüssel und Qualifikation des Pflegepersonals?

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> sehr wichtig | <input type="checkbox"/> wichtig   |
| <input type="checkbox"/> eher unwichtig          | <input type="checkbox"/> unwichtig |

8. In wie weit glauben Sie, dass die Veröffentlichung der Noten zu einer Verbesserung der Qualität in den Einrichtungen führt?

- große Verbesserung
- keine Verbesserung
- etwas Verbesserung

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Transparenzbericht/Pflegenoten

---



---



---



---



---



---



---



**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- (zukünftige/r) Bewohner/in  
 Angehörige/r  
 Betreuer/in  
 \_\_\_\_\_

2. Geschlecht

- männlich       weiblich

3. Alter

- unter 40       40 – 49       50 – 59  
 60 – 69       70 und älter

4. Nutzen Sie das Internet als Informationsquelle?

- Ja       Nein

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**



**Bewohnerumfrage zum Thema:  
Pflegetransparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflegetransparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten/Pflegenoten:**

1. Ist Ihnen bekannt, dass jede Einrichtung benotet wird und Sie das Ergebnis im Internet einsehen können (Transparenzbericht/Pflegenoten)?

- Ja  Nein (weiter bei Frage 5)

Wenn ja, wie haben Sie davon erfahren? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- Pflegeeinrichtung  
 Internet (z.B. Pflegelotse)  
 Fernsehen  
 Zeitung  
 Bekannte / Verwandte / Freunde  
 \_\_\_\_\_

2. Wissen Sie welche Gesamtnote Ihre Einrichtung erhalten hat?

- Ja  Nein

3. Empfinden Sie die Einzelnoten als hilfreich, um die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung treffen zu können?

- sehr hilfreich  hilfreich  
 weniger hilfreich  nicht hilfreich

4. Ist das Zustandekommen der einzelnen Noten für Sie nachvollziehbar?

- Ja
- Nein, weil \_\_\_\_\_

5. Wie viel Zeit hatten Sie, um sich für eine Einrichtung zu entscheiden?

- 1 Woche
- 2 bis 4 Wochen
- mehr als 4 Wochen

6. Weshalb haben Sie sich für diese Einrichtung entschieden?  
(Mehrfachnennungen sind möglich.)

- aufgrund der Noten des Transparenzberichtes
- aufgrund positiver Eindrücke vor Ort
- Empfehlung von Bekannten / Verwandten / Freunden
- Empfehlung des Krankenhauses
- \_\_\_\_\_

7. Wie wichtig für Ihre Entscheidung sind folgende Faktoren: Kosten, Leistungen, Pflegeschlüssel und Qualifikation des Pflegepersonals?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> sehr wichtig   | <input checked="" type="checkbox"/> wichtig |
| <input type="checkbox"/> eher unwichtig | <input type="checkbox"/> unwichtig          |

8. In wie weit glauben Sie, dass die Veröffentlichung der Noten zu einer Verbesserung der Qualität in den Einrichtungen führt?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> große Verbesserung            | <input type="checkbox"/> etwas Verbesserung |
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Verbesserung |   |

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Transparenzbericht/Pflegenoten

---



---



---



---



---



---



---

**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- (zukünftige/r) Bewohner/in
- Angehörige/r
- Betreuer/in
- Praktikanten

2. Geschlecht

- männlich
- weiblich

3. Alter

- unter 40
- 40 – 49
- 50 – 59
- 60 – 69
- 70 und älter

4. Nutzen Sie das Internet als Informationsquelle?

- Ja
- Nein

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**



4. Ist das Zustandekommen der einzelnen Noten für Sie nachvollziehbar?

- Ja
- Nein, weil undurchsichtbar

5. Wie viel Zeit hatten Sie, um sich für eine Einrichtung zu entscheiden?

- <1 Woche
- 2 bis 4 Wochen
- mehr als 4 Wochen

6. Weshalb haben Sie sich für diese Einrichtung entschieden?  
(Mehrfachnennungen sind möglich.)

- aufgrund der Noten des Transparenzberichtes
- aufgrund positiver Eindrücke vor Ort
- Empfehlung von Bekannten / Verwandten / Freunden
- Empfehlung des Krankenhauses
- \_\_\_\_\_

7. Wie wichtig für Ihre Entscheidung sind folgende Faktoren: Kosten, Leistungen, Pflegeschlüssel und Qualifikation des Pflegepersonals?

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> sehr wichtig | <input type="checkbox"/> wichtig   |
| <input type="checkbox"/> eher unwichtig          | <input type="checkbox"/> unwichtig |

8. In wie weit glauben Sie, dass die Veröffentlichung der Noten zu einer Verbesserung der Qualität in den Einrichtungen führt?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> große Verbesserung | <input checked="" type="checkbox"/> etwas Verbesserung |
| <input type="checkbox"/> keine Verbesserung |  |

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Transparenzbericht/Pflegenoten

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

keine

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- (zukünftige/r) Bewohner/in
- Angehörige/r
- Betreuer/in
- \_\_\_\_\_

2. Geschlecht

- männlich
- weiblich

3. Alter

- unter 40
- 40 – 49
- 50 – 59
- 60 – 69
- 70 und älter

4. Nutzen Sie das Internet als Informationsquelle?

- Ja
- Nein

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**

**Bewohnerumfrage zum Thema:  
Pflegetransparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflegetransparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten/Pflegenoten:**

**1. Ist Ihnen bekannt, dass jede Einrichtung benotet wird und Sie das Ergebnis im Internet einsehen können (Transparenzbericht/Pflegenoten)?**

- Ja
- Nein (weiter bei Frage 5)

Wenn ja, wie haben Sie davon erfahren? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- Pflegeeinrichtung
- Internet (z.B. Pflegelotse)
- Fernsehen
- Zeitung
- Bekannte / Verwandte / Freunde
- \_\_\_\_\_

**2. Wissen Sie welche Gesamtnote Ihre Einrichtung erhalten hat?**

- Ja
- Nein

**3. Empfinden Sie die Einzelnoten als hilfreich, um die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung treffen zu können?**

- sehr hilfreich
- weniger hilfreich
- hilfreich
- nicht hilfreich



4. Ist das Zustandekommen der einzelnen Noten für Sie nachvollziehbar?

- Ja
- Nein, weil \_\_\_\_\_

5. Wie viel Zeit hatten Sie, um sich für eine Einrichtung zu entscheiden?

- 1 Woche
- 2 bis 4 Wochen
- mehr als 4 Wochen

6. Weshalb haben Sie sich für diese Einrichtung entschieden?  
(Mehrfachnennungen sind möglich.)

- aufgrund der Noten des Transparenzberichtes
- aufgrund positiver Eindrücke vor Ort
- Empfehlung von Bekannten / Verwandten / Freunden
- Empfehlung des Krankenhauses
- \_\_\_\_\_

7. Wie wichtig für Ihre Entscheidung sind folgende Faktoren: Kosten, Leistungen, Pflegeschlüssel und Qualifikation des Pflegepersonals?

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> sehr wichtig | <input type="checkbox"/> wichtig   |
| <input type="checkbox"/> eher unwichtig          | <input type="checkbox"/> unwichtig |

8. In wie weit glauben Sie, dass die Veröffentlichung der Noten zu einer Verbesserung der Qualität in den Einrichtungen führt?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> große Verbesserung            | <input type="checkbox"/> etwas Verbesserung |
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Verbesserung |   |

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Transparenzbericht/Pflegenoten

Mehr Personal + bessere finanzielle Ausstattung  
wäre wichtiger für die Pflege als "Noten".

---



---



---



---



---



**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- (zukünftige/r) Bewohner/in
- Angehörige/r
- Betreuer/in
- \_\_\_\_\_

2. Geschlecht

- männlich
- weiblich

3. Alter

- unter 40
- 60 – 69
- 40 – 49
- 70 und älter
- 50 – 59

4. Nutzen Sie das Internet als Informationsquelle?

- Ja
- Nein

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**

**Bewohnerumfrage zum Thema:  
Pflege-Transparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflege-Transparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten/Pflegenoten:**

1. Ist Ihnen bekannt, dass jede Einrichtung benotet wird und Sie das Ergebnis im Internet einsehen können (Transparenzbericht/Pflegenoten)?

- Ja                       Nein (weiter bei Frage 5)

Wenn ja, wie haben Sie davon erfahren? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- Pflegeeinrichtung  
 Internet (z.B. Pflegelotse)  
 Fernsehen  
 Zeitung  
 Bekannte / Verwandte / Freunde  
 \_\_\_\_\_

2. Wissen Sie welche Gesamtnote Ihre Einrichtung erhalten hat?

- Ja                       Nein

3. Empfinden Sie die Einzelnoten als hilfreich, um die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung treffen zu können?

- sehr hilfreich                       hilfreich  
 weniger hilfreich                       nicht hilfreich

4. Ist das Zustandekommen der einzelnen Noten für Sie nachvollziehbar?

- Ja
- Nein, weil \_\_\_\_\_

5. Wie viel Zeit hatten Sie, um sich für eine Einrichtung zu entscheiden?

- 1 Woche
- 2 bis 4 Wochen
- mehr als 4 Wochen

6. Weshalb haben Sie sich für diese Einrichtung entschieden?  
(Mehrfachnennungen sind möglich.)

- aufgrund der Noten des Transparenzberichtes
- aufgrund positiver Eindrücke vor Ort
- Empfehlung von Bekannten / Verwandten / Freunden
- Empfehlung des Krankenhauses
- \_\_\_\_\_

7. Wie wichtig für Ihre Entscheidung sind folgende Faktoren: Kosten, Leistungen, Pflegeschlüssel und Qualifikation des Pflegepersonals?

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> sehr wichtig              | <input type="checkbox"/> wichtig   |
| <input checked="" type="checkbox"/> eher unwichtig | <input type="checkbox"/> unwichtig |

8. In wie weit glauben Sie, dass die Veröffentlichung der Noten zu einer Verbesserung der Qualität in den Einrichtungen führt?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> große Verbesserung | <input checked="" type="checkbox"/> etwas Verbesserung |
| <input type="checkbox"/> keine Verbesserung |  |

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Transparenzbericht/Pflegenoten

---

---

---

---

---

---

---

---

**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- (zukünftige/r) Bewohner/in  
 Angehörige/r  
 Betreuer/in  
 \_\_\_\_\_

2. Geschlecht

- männlich                       weiblich

3. Alter

- unter 40                       40 – 49                       50 – 59  
 60 – 69                       70 und älter

4. Nutzen Sie das Internet als Informationsquelle?

- Ja                                       Nein

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**

**Bewohnerumfrage zum Thema:  
Pflegetransparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflegetransparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [yh-umfrage@t-online.de](mailto:yh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten/Pflegenoten:**

1. Ist Ihnen bekannt, dass jede Einrichtung benotet wird und Sie das Ergebnis im Internet einsehen können (Transparenzbericht/Pflegenoten)?

- Ja                       Nein (weiter bei Frage 5)

Wenn ja, wie haben Sie davon erfahren? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- Pflegeeinrichtung  
 Internet (z.B. Pflegelotse)  
 Fernsehen  
 Zeitung  
 Bekannte / Verwandte / Freunde  
 \_\_\_\_\_

2. Wissen Sie welche Gesamtnote Ihre Einrichtung erhalten hat?

- Ja                       Nein

3. Empfinden Sie die Einzelnoten als hilfreich, um die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung treffen zu können?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> sehr hilfreich    | <input type="checkbox"/> hilfreich       |
| <input type="checkbox"/> weniger hilfreich | <input type="checkbox"/> nicht hilfreich |

4. Ist das Zustandekommen der einzelnen Noten für Sie nachvollziehbar?

- Ja
- Nein, weil \_\_\_\_\_

5. Wie viel Zeit hatten Sie, um sich für eine Einrichtung zu entscheiden?

- 1 Woche
- 2 bis 4 Wochen
- mehr als 4 Wochen**

6. Weshalb haben Sie sich für diese Einrichtung entschieden?  
(Mehrfachnennungen sind möglich.)

- aufgrund der Noten des Transparenzberichtes
- aufgrund positiver Eindrücke vor Ort
- Empfehlung von Bekannten / Verwandten / Freunden
- Empfehlung des Krankenhauses
- \_\_\_\_\_

7. Wie wichtig für Ihre Entscheidung sind folgende Faktoren: Kosten, Leistungen, Pflegeschlüssel und Qualifikation des Pflegepersonals?

- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> sehr wichtig   | <input type="checkbox"/> wichtig   |
| <input type="checkbox"/> eher unwichtig | <input type="checkbox"/> unwichtig |

8. In wie weit glauben Sie, dass die Veröffentlichung der Noten zu einer Verbesserung der Qualität in den Einrichtungen führt?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> große Verbesserung            | <input type="checkbox"/> etwas Verbesserung |
| <input checked="" type="checkbox"/> keine Verbesserung |   |

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Transparenzbericht/Pflegenoten

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



Persönliche Angaben:

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- (zukünftige/r) Bewohner/in
- Angehörige/r
- Betreuer/in
- \_\_\_\_\_

2. Geschlecht

- männlich
- weiblich

3. Alter

- unter 40
- 40 – 49
- 50 – 59
- 60 – 69
- 70 und älter

4. Nutzen Sie das Internet als Informationsquelle?

- Ja
- Nein

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**

**Mitarbeiterumfrage zum Thema:**  
**Pflege-Transparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflege-Transparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten:**

1. Wurde für Ihre Einrichtung bereits ein Transparenzbericht erstellt?

Ja  Nein

Wenn ja, welche Gesamtnote haben Sie erhalten?

\_\_\_\_\_

2. Stimmen Ihrer Meinung nach die Einzelnoten, die Ihre Einrichtung erhalten hat, mit der Realität überein?

Ja  Nein, Noten sind zu schlecht  
 Nein, Noten sind zu gut

3. Denken Sie, dass die Noten den Verbrauchern helfen die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung zu treffen?

Ja  Nein

4. Finden Sie die Anzahl der in die Prüfung einbezogenen Bewohner (grds. 10%, max. 15 Bewohner) ausreichend um ein repräsentatives Ergebnis zu erhalten?

Ja  Nein



5. Was sollte Ihrer Meinung nach an dem Bewertungssystem verändert werden?  
(Mehrfachnennungen sind möglich)

- Einführung einer Gewichtung der einzelnen Kriterien
- Einführung von Risikokriterien
- Abstufungsmöglichkeiten bei der Prüfung der Kriterien (z.B.: erfüllt, teilweise erfüllt, nicht erfüllt)
- Prüfung der Pflege am Bewohner, anstatt Prüfung anhand der Pflegedokumentation
- Verzicht auf die Gesamtnote, um Verzerrungen zu vermeiden
- eindeutige Verfahrensanweisungen für MDK-Prüfer
- Keine Veränderungen nötig
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

6. Hat sich in Ihrer Einrichtung aufgrund der Prüfungsergebnisse etwas verändert?

- Ja
- Nein, keine Veränderungen nötig
- Nein, Veränderungen sind jedoch in Planung

Welche Veränderungen fanden statt bzw. sind geplant?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Für wie wichtig halten Sie die Befragung der Bewohner?

- sehr wichtig
- wichtig
- eher unwichtig
- unwichtig

8. Sollte Ihrer Meinung nach die Note der Bewohnerbefragung in die Gesamtnote mit einfließen?

- Ja
- Nein

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Pflege-transparenzvereinbarung

• sie bauen unnötigen Druck bei allen Mitarbeitern in der Pflege auf.

• Die Anforderungen des MDK's sind für viele Altenpfleger in den vorgegebenen Zeitkorridoren der Pflege nicht umsetzbar  
→ es müssen Anpassungen der Zeitkorridore erfolgen

• Die Einstufer der Pflegestufen sollten im Sinne des BW entscheiden und nicht das auftragen  
→ wirkliche Pflegeaufwand wird oft nicht berücksichtigt und ist vom Beobachter abhängig

**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- Heimleiter/in
- Pflegedienstleiter/in

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**

**Mitarbeiterumfrage zum Thema:  
Pflegetransparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflegetransparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten:**

1. Wurde für Ihre Einrichtung bereits ein Transparenzbericht erstellt?

Ja                       Nein

Wenn ja, welche Gesamtnote haben Sie erhalten?

\_\_\_\_\_

2. Stimmen Ihrer Meinung nach die Einzelnoten, die Ihre Einrichtung erhalten hat, mit der Realität überein?

Ja                       Nein, Noten sind zu schlecht  
                               Nein, Noten sind zu gut

3. Denken Sie, dass die Noten den Verbrauchern helfen die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung zu treffen?

Ja                       Nein

4. Finden Sie die Anzahl der in die Prüfung einbezogenen Bewohner (grds. 10%, max. 15 Bewohner) ausreichend um ein repräsentatives Ergebnis zu erhalten?

Ja                       Nein

5. Was sollte Ihrer Meinung nach an dem Bewertungssystem verändert werden?  
(Mehrfachnennungen sind möglich)

- Einführung einer Gewichtung der einzelnen Kriterien
- Einführung von Risikokriterien
- Abstufungsmöglichkeiten bei der Prüfung der Kriterien (z.B.: erfüllt, teilweise erfüllt, nicht erfüllt)
- Prüfung der Pflege am Bewohner, anstatt Prüfung anhand der Pflegedokumentation
- Verzicht auf die Gesamtnote, um Verzerrungen zu vermeiden
- eindeutige Verfahrensanweisungen für MDK-Prüfer
- Keine Veränderungen nötig
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

6. Hat sich in Ihrer Einrichtung aufgrund der Prüfungsergebnisse etwas verändert?

- Ja
- Nein, keine Veränderungen nötig
- Nein, Veränderungen sind jedoch in Planung

Welche Veränderungen fanden statt bzw. sind geplant?

---



---



---

7. Für wie wichtig halten Sie die Befragung der Bewohner?

- sehr wichtig
- eher unwichtig
- wichtig
- unwichtig

8. Sollte Ihrer Meinung nach die Note der Bewohnerbefragung in die Gesamtnote mit einfließen?

- Ja
- Nein

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Pflegetransparenzvereinbarung

---



---



---



---



---



---

**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- Heimleiter/in
- Pflegedienstleiter/in

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**

**Mitarbeiterumfrage zum Thema:  
Pflegetransparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflegetransparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten:**

1. Wurde für Ihre Einrichtung bereits ein Transparenzbericht erstellt?

Ja                       Nein

Wenn ja, welche Gesamtnote haben Sie erhalten?

1,1

2. Stimmen Ihrer Meinung nach die Einzelnoten, die Ihre Einrichtung erhalten hat, mit der Realität überein?

Ja                       Nein, Noten sind zu schlecht  
 Nein, Noten sind zu gut

3. Denken Sie, dass die Noten den Verbrauchern helfen die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung zu treffen?

Ja                       Nein      **ANDERE KRITERIEN  
SIND DEN VERBRAUCHERN  
WICHTIGER (MUNDPROPAGANDA)**

4. Finden Sie die Anzahl der in die Prüfung einbezogenen Bewohner (grds. 10%, max. 15 Bewohner) ausreichend um ein repräsentatives Ergebnis zu erhalten?

Ja                       Nein

5. Was sollte Ihrer Meinung nach an dem Bewertungssystem verändert werden?  
(Mehrfachnennungen sind möglich)

- Einführung einer Gewichtung der einzelnen Kriterien
  - Einführung von Risikokriterien
  - Abstufungsmöglichkeiten bei der Prüfung der Kriterien (z.B.: erfüllt, teilweise erfüllt, nicht erfüllt)
  - Prüfung der Pflege am Bewohner, anstatt Prüfung anhand der Pflegedokumentation
  - Verzicht auf die Gesamtnote, um Verzerrungen zu vermeiden
  - eindeutige Verfahrensanweisungen für MDK-Prüfer
  - Keine Veränderungen nötig
  -
- 
- 
- 

6. Hat sich in Ihrer Einrichtung aufgrund der Prüfungsergebnisse etwas verändert?

- Ja
- Nein, keine Veränderungen nötig
- Nein, Veränderungen sind jedoch in Planung

Welche Veränderungen fanden statt bzw. sind geplant?

- DOKUMENTATION SPRICT

---

---

---

7. Für wie wichtig halten Sie die Befragung der Bewohner?

- sehr wichtig
- wichtig
- eher unwichtig
- unwichtig

8. Sollte Ihrer Meinung nach die Note der Bewohnerbefragung in die Gesamtnote mit einfließen?

- Ja
- Nein

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Pflege-Transparenzvereinbarung

ERGEBNISQUALITÄT IST ENTSCHEIDEND

---

---

---

---

---

---

---



**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- Heimleiter/in
- Pflegedienstleiter/in

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**



**Mitarbeiterumfrage zum Thema:  
Pflegetransparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflegetransparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an vh-umfrage@t-online.de richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten:**

1. Wurde für Ihre Einrichtung bereits ein Transparenzbericht erstellt?

- Ja                       Nein

Wenn ja, welche Gesamtnote haben Sie erhalten?

1,1

2. Stimmen Ihrer Meinung nach die Einzelnoten, die Ihre Einrichtung erhalten hat, mit der Realität überein?

- Ja                       Nein, Noten sind zu schlecht  
 Nein, Noten sind zu gut

vereinzelt nein

3. Denken Sie, dass die Noten den Verbrauchern helfen die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung zu treffen?

- Ja                       Nein

4. Finden Sie die Anzahl der in die Prüfung einbezogenen Bewohner (grds. 10%, max. 15 Bewohner) ausreichend um ein repräsentatives Ergebnis zu erhalten?

- Ja                       Nein

1 kann sein, kann aber auch immer noch verfälschen

5. Was sollte Ihrer Meinung nach an dem Bewertungssystem verändert werden?  
(Mehrfachnennungen sind möglich)

- Einführung einer Gewichtung der einzelnen Kriterien
- Einführung von Risikokriterien
- Abstufungsmöglichkeiten bei der Prüfung der Kriterien (z.B.: erfüllt, teilweise erfüllt, nicht erfüllt)
- Prüfung der Pflege am Bewohner, anstatt Prüfung anhand der Pflegedokumentation
- Verzicht auf die Gesamtnote, um Verzerrungen zu vermeiden
- eindeutige Verfahrensanweisungen für MDK-Prüfer
- Keine Veränderungen nötig
- Abgabe zw. MDK + Heimaufsicht, wer was prüft u. wickelt alle alles mit vorgegebenen 2 Monaten "Ruhepause"

6. Hat sich in Ihrer Einrichtung aufgrund der Prüfungsergebnisse etwas verändert?

- Ja
- Nein, keine Veränderungen nötig
- Nein, Veränderungen sind jedoch in Planung

Welche Veränderungen fanden statt bzw. sind geplant?

weitere Papiere, Dokumentationen, damit der MDK glücklich ist ;)  
Draive

7. Für wie wichtig halten Sie die Befragung der Bewohner?

- sehr wichtig
- wichtig
- eher unwichtig
- unwichtig

8. Sollte Ihrer Meinung nach die Note der Bewohnerbefragung in die Gesamtnote mit einfließen?

- Ja
- Nein

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Pflegetransparenzvereinbarung

Das Transparenz wichtig ist, ist klar. Aber zum Teil behindern Politik / Gesetze / Kassen eine optimale Versorgung. Letztendlich geht es nicht darum, Pflege zu verbessern oder bessere Bedingungen u. Abläufe zu schaffen, sondern eine "Pseudoberuhigung für's Volk", da v.a. die Kostenträger die Vorgaben machen (Kassen): Unendliches Thema, v.a. je mehr Einblick man hat, wieviel Papierkram + Bürokratie die Pflege behindert (v.a. am Menschen). Denn Kosten darf die Qualität nichts.

**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

Heimleiter/in  
Pflegedienstleiter/in

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**

**Mitarbeiterumfrage zum Thema:  
Pflegetransparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflegetransparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten:**

1. Wurde für Ihre Einrichtung bereits ein Transparenzbericht erstellt?

- Ja                       Nein

Wenn ja, welche Gesamtnote haben Sie erhalten?

1,3

2. Stimmen Ihrer Meinung nach die Einzelnoten, die Ihre Einrichtung erhalten hat, mit der Realität überein?

- Ja                       Nein, Noten sind zu schlecht  
 Nein, Noten sind zu gut

3. Denken Sie, dass die Noten den Verbrauchern helfen die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung zu treffen?

- Ja                       Nein

4. Finden Sie die Anzahl der in die Prüfung einbezogenen Bewohner (grds. 10%, max. 15 Bewohner) ausreichend um ein repräsentatives Ergebnis zu erhalten?

- Ja                       Nein

5. Was sollte Ihrer Meinung nach an dem Bewertungssystem verändert werden?  
(Mehrfachnennungen sind möglich)

- Einführung einer Gewichtung der einzelnen Kriterien
- Einführung von Risikokriterien
- Abstufungsmöglichkeiten bei der Prüfung der Kriterien (z.B.: erfüllt, teilweise erfüllt, nicht erfüllt)
- Prüfung der Pflege am Bewohner, anstatt Prüfung anhand der Pflegedokumentation
- Verzicht auf die Gesamtnote, um Verzerrungen zu vermeiden
- eindeutige Verfahrensanweisungen für MDK-Prüfer
- Keine Veränderungen nötig
- 

6. Hat sich in Ihrer Einrichtung aufgrund der Prüfungsergebnisse etwas verändert?

- Ja
- Nein, keine Veränderungen nötig
- Nein, Veränderungen sind jedoch in Planung

Welche Veränderungen fanden statt bzw. sind geplant?

- individuelle Fragen & Anliegen zu einzelnen Fragen wurden an Fragesteller bzw. Prüfung dazu genommen.

7. Für wie wichtig halten Sie die Befragung der Bewohner?

- sehr wichtig
- wichtig
- eher unwichtig
- unwichtig

8. Sollte Ihrer Meinung nach die Note der Bewohnerbefragung in die Gesamtnote mit einfließen?

- Ja
- Nein

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Pflegetransparentvereinbarung

- Wie wird das allgemein & was gibt es für Notwendigkeit in Ba Wi mit die Haltung der Ressourcenproblematik in der Altenpflege ab.  
- Die durch den MDK aufgeführten Themen sind die richtigen. Aber es gibt noch die Möglichkeit welche wie v.a. in Pflege dokumentieren & Form. lastig.

**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- Heimleiter/in
- Pflegedienstleiter/in

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**



**Mitarbeiterumfrage zum Thema:  
Pflegetransparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflegetransparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten:**

1. Wurde für Ihre Einrichtung bereits ein Transparenzbericht erstellt?

- Ja                       Nein

Wenn ja, welche Gesamtnote haben Sie erhalten?

1,3

2. Stimmen Ihrer Meinung nach die Einzelnoten, die Ihre Einrichtung erhalten hat, mit der Realität überein?

- Ja                       Nein, Noten sind zu schlecht  
 Nein, Noten sind zu gut

3. Denken Sie, dass die Noten den Verbrauchern helfen die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung zu treffen?

- Ja                       Nein

4. Finden Sie die Anzahl der in die Prüfung einbezogenen Bewohner (grds. 10%, max. 15 Bewohner) ausreichend um ein repräsentatives Ergebnis zu erhalten?

- Ja                       Nein

5. Was sollte Ihrer Meinung nach an dem Bewertungssystem verändert werden?  
(Mehrfachnennungen sind möglich)

- Einführung einer Gewichtung der einzelnen Kriterien
- Einführung von Risikokriterien
- Abstufungsmöglichkeiten bei der Prüfung der Kriterien (z.B.: erfüllt, teilweise erfüllt, nicht erfüllt)
- Prüfung der Pflege am Bewohner, anstatt Prüfung anhand der Pflegedokumentation
- Verzicht auf die Gesamtnote, um Verzerrungen zu vermeiden
- eindeutige Verfahrensanweisungen für MDK-Prüfer
- Keine Veränderungen nötig
- Prüfung der "Versorgung" des Bewohners sowie Dokumentation Integration psychosozialer Aspekte beim Umgang

6. Hat sich in Ihrer Einrichtung aufgrund der Prüfungsergebnisse etwas verändert?

- Ja
- Nein, keine Veränderungen nötig
- Nein, Veränderungen sind jedoch in Planung

Welche Veränderungen fanden statt bzw. sind geplant?

- Nochmalige Kontrolle, bzw. Evaluation der Dokumentation  
 - weitere Implementierungen; wären aber auch ohne Prüfungsergebnisse durchgeführt worden

7. Für wie wichtig halten Sie die Befragung der Bewohner?

- sehr wichtig
- wichtig
- eher unwichtig
- unwichtig

8. Sollte Ihrer Meinung nach die Note der Bewohnerbefragung in die Gesamtnote mit einfließen?

- Ja
- Nein

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Pflegepartnersvereinbarung

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- Heimleiter/in
- Pflegedienstleiter/in

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**

**Mitarbeiterumfrage zum Thema:**  
**Pflegetransparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflegetransparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten:**

1. Wurde für Ihre Einrichtung bereits ein Transparenzbericht erstellt?

Ja  Nein

Wenn ja, welche Gesamtnote haben Sie erhalten?

1,0

2. Stimmen Ihrer Meinung nach die Einzelnoten, die Ihre Einrichtung erhalten hat, mit der Realität überein?

Ja  Nein, Noten sind zu schlecht  
 Nein, Noten sind zu gut

3. Denken Sie, dass die Noten den Verbrauchern helfen die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung zu treffen?

Ja  Nein

4. Finden Sie die Anzahl der in die Prüfung einbezogenen Bewohner (grds. 10%, max. 15 Bewohner) ausreichend um ein repräsentatives Ergebnis zu erhalten?

Ja  Nein

5. Was sollte Ihrer Meinung nach an dem Bewertungssystem verändert werden?  
(Mehrfachnennungen sind möglich)

- Einführung einer Gewichtung der einzelnen Kriterien
- Einführung von Risikokriterien
- Abstufungsmöglichkeiten bei der Prüfung der Kriterien (z.B.: erfüllt, teilweise erfüllt, nicht erfüllt)
- Prüfung der Pflege am Bewohner, anstatt Prüfung anhand der Pflegedokumentation
- Verzicht auf die Gesamtnote, um Verzerrungen zu vermeiden
- eindeutige Verfahrensanweisungen für MDK-Prüfer
- Keine Veränderungen nötig
- 
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

6. Hat sich in Ihrer Einrichtung aufgrund der Prüfungsergebnisse etwas verändert?

- Ja
- Nein, keine Veränderungen nötig
- Nein, Veränderungen sind jedoch in Planung

Welche Veränderungen fanden statt bzw. sind geplant?

*Umstrukturierung NFM - auch (Handhabung)*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Für wie wichtig halten Sie die Befragung der Bewohner?

- sehr wichtig
- eher unwichtig
- wichtig
- unwichtig

8. Sollte Ihrer Meinung nach die Note der Bewohnerbefragung in die Gesamtnote mit einfließen?

- Ja
- Nein

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Pflegetransparenzvereinbarung

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- Heimleiter/in
- Pflegedienstleiter/in

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**

**Mitarbeiterumfrage zum Thema:**  
**Pflege-Transparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflege-Transparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten:**

1. Wurde für Ihre Einrichtung bereits ein Transparenzbericht erstellt?

Ja  Nein

Wenn ja, welche Gesamtnote haben Sie erhalten?

\_\_1,0\_\_

2. Stimmen Ihrer Meinung nach die Einzelnoten, die Ihre Einrichtung erhalten hat, mit der Realität überein?

Ja  Nein, Noten sind zu schlecht  
 Nein, Noten sind zu gut

3. Denken Sie, dass die Noten den Verbrauchern helfen die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung zu treffen?

Ja  Nein

4. Finden Sie die Anzahl der in die Prüfung einbezogenen Bewohner (grds. 10%, max. 15 Bewohner) ausreichend um ein repräsentatives Ergebnis zu erhalten?

Ja  Nein

5. Was sollte Ihrer Meinung nach an dem Bewertungssystem verändert werden?  
(Mehrfachnennungen sind möglich)

- Einführung einer Gewichtung der einzelnen Kriterien
- Einführung von Risikokriterien
- Abstufungsmöglichkeiten bei der Prüfung der Kriterien (z.B.: erfüllt, teilweise erfüllt, nicht erfüllt)
- Prüfung der Pflege am Bewohner, anstatt Prüfung anhand der Pflegedokumentation
- Verzicht auf die Gesamtnote, um Verzerrungen zu vermeiden
- eindeutige Verfahrensanweisungen für MDK-Prüfer
- Keine Veränderungen nötig
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

6. Hat sich in Ihrer Einrichtung aufgrund der Prüfungsergebnisse etwas verändert?

- Ja
- Nein, keine Veränderungen nötig
- Nein, Veränderungen sind jedoch in Planung

Welche Veränderungen fanden statt bzw. sind geplant?

---



---



---

7. Für wie wichtig halten Sie die Befragung der Bewohner?

- sehr wichtig
- wichtig
- eher unwichtig
- unwichtig

8. Sollte Ihrer Meinung nach die Note der Bewohnerbefragung in die Gesamtnote mit einfließen?

- Ja
- Nein

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Pflege-transparenzvereinbarung

zu 8. Bewohnerbefragung sollte nicht als Note dargestellt werden, sondern ggf. als Freitext.

---



---



---



---



---

**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- Heimleiter/in
- Pflegedienstleiter/in

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**



**Mitarbeiterumfrage zum Thema:  
Pflegetransparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflegetransparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten:**

1. Wurde für Ihre Einrichtung bereits ein Transparenzbericht erstellt?

- Ja                       Nein

Wenn ja, welche Gesamtnote haben Sie erhalten?

1,0

2. Stimmen Ihrer Meinung nach die Einzelnoten, die Ihre Einrichtung erhalten hat, mit der Realität überein?

- Ja                       Nein, Noten sind zu schlecht  
 Nein, Noten sind zu gut

3. Denken Sie, dass die Noten den Verbrauchern helfen die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung zu treffen?

- Ja                       Nein

4. Finden Sie die Anzahl der in die Prüfung einbezogenen Bewohner (grds. 10%, max. 15 Bewohner) ausreichend um ein repräsentatives Ergebnis zu erhalten?

- Ja                       Nein



5. Was sollte Ihrer Meinung nach an dem Bewertungssystem verändert werden?  
(Mehrfachnennungen sind möglich)

- Einführung einer Gewichtung der einzelnen Kriterien
  - Einführung von Risikokriterien
  - Abstufungsmöglichkeiten bei der Prüfung der Kriterien (z.B.: erfüllt, teilweise erfüllt, nicht erfüllt)
  - Prüfung der Pflege am Bewohner, anstatt Prüfung anhand der Pflegedokumentation
  - Verzicht auf die Gesamtnote, um Verzerrungen zu vermeiden
  - eindeutigerere Verfahrensanweisungen für MDK-Prüfer
  - Keine Veränderungen nötig
  -
- 
- 
- 

6. Hat sich in Ihrer Einrichtung aufgrund der Prüfungsergebnisse etwas verändert?

- Ja
- Nein, keine Veränderungen nötig
- Nein, Veränderungen sind jedoch in Planung

Welche Veränderungen fanden statt bzw. sind geplant?

---



---



---

7. Für wie wichtig halten Sie die Befragung der Bewohner?

- sehr wichtig
- wichtig
- eher unwichtig
- unwichtig

8. Sollte Ihrer Meinung nach die Note der Bewohnerbefragung in die Gesamtnote mit einfließen?

- Ja
- Nein

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Pflege-transparenzvereinbarung

---



---



---



---



---



---

**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- Heimleiter/in
- Pflegedienstleiter/in JPKL

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**

10

**Mitarbeiterumfrage zum Thema:  
Pflegetransparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflegetransparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten:**

1. Wurde für Ihre Einrichtung bereits ein Transparenzbericht erstellt?

Ja  Nein

Wenn ja, welche Gesamtnote haben Sie erhalten?

2,8

2. Stimmen Ihrer Meinung nach die Einzelnoten, die Ihre Einrichtung erhalten hat, mit der Realität überein?

Ja  Nein, Noten sind zu schlecht  
 Nein, Noten sind zu gut

3. Denken Sie, dass die Noten den Verbrauchern helfen die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung zu treffen?

Ja  Nein

4. Finden Sie die Anzahl der in die Prüfung einbezogenen Bewohner (grds. 10%, max. 15 Bewohner) ausreichend um ein repräsentatives Ergebnis zu erhalten?

Ja  Nein

5. Was sollte Ihrer Meinung nach an dem Bewertungssystem verändert werden?  
(Mehrfachnennungen sind möglich)

- Einführung einer Gewichtung der einzelnen Kriterien
- Einführung von Risikokriterien
- Abstufungsmöglichkeiten bei der Prüfung der Kriterien (z.B.: erfüllt, teilweise erfüllt, nicht erfüllt)
- Prüfung der Pflege am Bewohner, anstatt Prüfung anhand der Pflegedokumentation
- Verzicht auf die Gesamtnote, um Verzerrungen zu vermeiden
- eindeutige Verfahrensanweisungen für MDK-Prüfer
- Keine Veränderungen nötig
- Meh. Eigenverantwortung

6. Hat sich in Ihrer Einrichtung aufgrund der Prüfungsergebnisse etwas verändert?

- Ja
- Nein, keine Veränderungen nötig
- Nein, Veränderungen sind jedoch in Planung

Welche Veränderungen fanden statt bzw. sind geplant?

Dokumentation / Pflegeplanung / Arztähnlichkeit  
 Kompetenz, bestehende Konzepte übertragen

7. Für wie wichtig halten Sie die Befragung der Bewohner?

- sehr wichtig
- wichtig *obsk. subjektiv.*
- eher unwichtig
- unwichtig

8. Sollte Ihrer Meinung nach die Note der Bewohnerbefragung in die Gesamtnote mit einfließen?

- Ja
- Nein

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Pflge-Transparenzvereinbarung

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- Heimleiter/in
- Pflegedienstleiter/in

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**

**Mitarbeiterumfrage zum Thema:  
Pflegetransparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflegetransparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten:**

1. Wurde für Ihre Einrichtung bereits ein Transparenzbericht erstellt?

Ja  Nein

Wenn ja, welche Gesamtnote haben Sie erhalten?

1,3

2. Stimmen Ihrer Meinung nach die Einzelnoten, die Ihre Einrichtung erhalten hat, mit der Realität überein?

Ja  Nein, Noten sind zu schlecht  
 Nein, Noten sind zu gut

3. Denken Sie, dass die Noten den Verbrauchern helfen die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung zu treffen?

Ja  Nein

4. Finden Sie die Anzahl der in die Prüfung einbezogenen Bewohner (grds. 10%, max. 15 Bewohner) ausreichend um ein repräsentatives Ergebnis zu erhalten?

Ja  Nein



5. Was sollte Ihrer Meinung nach an dem Bewertungssystem verändert werden?  
(Mehrfachnennungen sind möglich)

- Einführung einer Gewichtung der einzelnen Kriterien
- Einführung von Risikokriterien
- Abstufungsmöglichkeiten bei der Prüfung der Kriterien (z.B.: erfüllt, teilweise erfüllt, nicht erfüllt)
- Prüfung der Pflege am Bewohner, anstatt Prüfung anhand der Pflegedokumentation
- Verzicht auf die Gesamtnote, um Verzerrungen zu vermeiden
- eindeutige Verfahrensanweisungen für MDK-Prüfer
- Keine Veränderungen nötig
- Nicht nur Dokumentation geschätzt, mehr die Zufriedenheit und das Gesamtbild des Bewohners anschauen. Es werden die Bewohner dadurch in einzelne Schuskkästen gesteckt, die Individualität geht verloren.

6. Hat sich in Ihrer Einrichtung aufgrund der Prüfungsergebnisse etwas verändert?

- Ja
- Nein, keine Veränderungen nötig
- Nein, Veränderungen sind jedoch in Planung

Welche Veränderungen fanden statt bzw. sind geplant?

Qualitäts muss viel verändert werden.  
Strukturen müssen laut MDK ersichtlicher werden.  
Bewohner müssen verplant werden.

7. Für wie wichtig halten Sie die Befragung der Bewohner?

- sehr wichtig
- eher unwichtig
- wichtig
- unwichtig

8. Sollte Ihrer Meinung nach die Note der Bewohnerbefragung in die Gesamtnote mit einfließen?

- Ja
- Nein

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Pflegetransparenzvereinbarung

Kontrolle ist sehr wichtig, jedoch muss es unsehbar sein was der MDK fordert. Der Personalschlüssel muss angepasst sein um die Schichtarbeit voll zu leisten.  
Auch wenn jetzt 875 Kräfte kommen - nicht jeder ist dafür geeignet.  
Angehörige sollen in ein Haus gehen, anschauen da sehen sie mehr - als diese Note!!!

**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- Heimleiter/in
- Pflegedienstleiter/in

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**



**Mitarbeiterumfrage zum Thema:**  
**Pflegetransparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflegetransparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten:**

1. Wurde für Ihre Einrichtung bereits ein Transparenzbericht erstellt?

- Ja                       Nein

Wenn ja, welche Gesamtnote haben Sie erhalten?

1,0

2. Stimmen Ihrer Meinung nach die Einzelnoten, die Ihre Einrichtung erhalten hat, mit der Realität überein?

- Ja                       Nein, Noten sind zu schlecht  
 Nein, Noten sind zu gut

3. Denken Sie, dass die Noten den Verbrauchern helfen die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung zu treffen?

- Ja                       Nein

4. Finden Sie die Anzahl der in die Prüfung einbezogenen Bewohner (grds. 10%, max. 15 Bewohner) ausreichend um ein repräsentatives Ergebnis zu erhalten?

- Ja                       Nein

5. Was sollte Ihrer Meinung nach an dem Bewertungssystem verändert werden?  
(Mehrfachnennungen sind möglich)

- Einführung einer Gewichtung der einzelnen Kriterien
- Einführung von Risikokriterien
- Abstufungsmöglichkeiten bei der Prüfung der Kriterien (z.B.: erfüllt, teilweise erfüllt, nicht erfüllt)
- Prüfung der Pflege am Bewohner, anstatt Prüfung anhand der Pflegedokumentation
- Verzicht auf die Gesamtnote, um Verzerrungen zu vermeiden
- eindeutige Verfahrensanweisungen für MDK-Prüfer
- Keine Veränderungen nötig
- 
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

6. Hat sich in Ihrer Einrichtung aufgrund der Prüfungsergebnisse etwas verändert?

- Ja
- Nein, keine Veränderungen nötig
- Nein, Veränderungen sind jedoch in Planung

Welche Veränderungen fanden statt bzw. sind geplant?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Für wie wichtig halten Sie die Befragung der Bewohner?

- sehr wichtig
- eher unwichtig
- wichtig
- unwichtig

8. Sollte Ihrer Meinung nach die Note der Bewohnerbefragung in die Gesamtnote mit einfließen?

- Ja
- Nein

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Pflege-Transparenzvereinbarung

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- Heimleiter/in
- Pflegedienstleiter/in

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**

**Mitarbeiterumfrage zum Thema:  
Pflegetransparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflegetransparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten:**

1. Wurde für Ihre Einrichtung bereits ein Transparenzbericht erstellt?

- Ja
- Nein

Wenn ja, welche Gesamtnote haben Sie erhalten?

1,0

2. Stimmen Ihrer Meinung nach die Einzelnoten, die Ihre Einrichtung erhalten hat, mit der Realität überein?

- Ja
- Nein, Noten sind zu schlecht
- Nein, Noten sind zu gut

3. Denken Sie, dass die Noten den Verbrauchern helfen die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung zu treffen?

- Ja
- Nein

4. Finden Sie die Anzahl der in die Prüfung einbezogenen Bewohner (grds. 10%, max. 15 Bewohner) ausreichend um ein repräsentatives Ergebnis zu erhalten?

- Ja
- Nein

5. Was sollte Ihrer Meinung nach an dem Bewertungssystem verändert werden?  
(Mehrfachnennungen sind möglich)

- Einführung einer Gewichtung der einzelnen Kriterien
- Einführung von Risikokriterien
- Abstufungsmöglichkeiten bei der Prüfung der Kriterien (z.B.: erfüllt, teilweise erfüllt, nicht erfüllt)
- Prüfung der Pflege am Bewohner, anstatt Prüfung anhand der Pflegedokumentation
- Verzicht auf die Gesamtnote, um Verzerrungen zu vermeiden
- eindeutige Verfahrensanweisungen für MDK-Prüfer
- Keine Veränderungen nötig
- 
- 

6. Hat sich in Ihrer Einrichtung aufgrund der Prüfungsergebnisse etwas verändert?

- Ja
- Nein, keine Veränderungen nötig
- Nein, Veränderungen sind jedoch in Planung

Welche Veränderungen fanden statt bzw. sind geplant?

---



---



---

7. Für wie wichtig halten Sie die Befragung der Bewohner?

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> sehr wichtig | <input type="checkbox"/> wichtig   |
| <input type="checkbox"/> eher unwichtig          | <input type="checkbox"/> unwichtig |

8. Sollte Ihrer Meinung nach die Note der Bewohnerbefragung in die Gesamtnote mit einfließen?

- Ja
- Nein

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Pflegepartnersvereinbarung

---



---



---



---



---



---



---

**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- Heimleiter/in
- Pflegedienstleiter/in

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**



**Mitarbeiterumfrage zum Thema:**  
**Pflege-Transparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflege-Transparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten:**

1. Wurde für Ihre Einrichtung bereits ein Transparenzbericht erstellt?

Ja  Nein

Wenn ja, welche Gesamtnote haben Sie erhalten?

1,0

2. Stimmen Ihrer Meinung nach die Einzelnoten, die Ihre Einrichtung erhalten hat, mit der Realität überein?

Ja  Nein, Noten sind zu schlecht  
 Nein, Noten sind zu gut

3. Denken Sie, dass die Noten den Verbrauchern helfen die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung zu treffen?

Ja  Nein

4. Finden Sie die Anzahl der in die Prüfung einbezogenen Bewohner (grds. 10%, max. 15 Bewohner) ausreichend um ein repräsentatives Ergebnis zu erhalten?

Ja  Nein

5. Was sollte Ihrer Meinung nach an dem Bewertungssystem verändert werden?  
(Mehrfachnennungen sind möglich)

- Einführung einer Gewichtung der einzelnen Kriterien
- Einführung von Risikokriterien
- Abstufungsmöglichkeiten bei der Prüfung der Kriterien (z.B.: erfüllt, teilweise erfüllt, nicht erfüllt)
- Prüfung der Pflege am Bewohner, anstatt Prüfung anhand der Pflegedokumentation
- Verzicht auf die Gesamtnote, um Verzerrungen zu vermeiden
- eindeutige Verfahrensanweisungen für MDK-Prüfer
- Keine Veränderungen nötig
- 
- 
- 

6. Hat sich in Ihrer Einrichtung aufgrund der Prüfungsergebnisse etwas verändert?

- Ja
- Nein, keine Veränderungen nötig
- Nein, Veränderungen sind jedoch in Planung

Welche Veränderungen fanden statt bzw. sind geplant?

---



---



---

7. Für wie wichtig halten Sie die Befragung der Bewohner?

- sehr wichtig
- eher unwichtig
- wichtig
- unwichtig

8. Sollte Ihrer Meinung nach die Note der Bewohnerbefragung in die Gesamtnote mit einfließen?

- Ja
- Nein

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Pflegepartnersvereinbarung

---



---



---



---



---



---



**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- Heimleiter/in
- Pflegedienstleiter/in

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**

**Mitarbeiterumfrage zum Thema:**  
**Pflege-Transparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur**  
**Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflege-Transparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten:**

1. Wurde für Ihre Einrichtung bereits ein Transparenzbericht erstellt?

Ja  Nein

Wenn ja, welche Gesamtnote haben Sie erhalten?

1,2

2. Stimmen Ihrer Meinung nach die Einzelnoten, die Ihre Einrichtung erhalten hat, mit der Realität überein?

Ja  Nein, Noten sind zu schlecht  
 Nein, Noten sind zu gut

3. Denken Sie, dass die Noten den Verbrauchern helfen die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung zu treffen?

Ja  Nein

4. Finden Sie die Anzahl der in die Prüfung einbezogenen Bewohner (grds. 10%, max. 15 Bewohner) ausreichend um ein repräsentatives Ergebnis zu erhalten?

- Ja  Nein

5. Was sollte Ihrer Meinung nach an dem Bewertungssystem verändert werden? (Mehrfachnennungen sind möglich)

- Einführung einer Gewichtung der einzelnen Kriterien
- Einführung von Risikokriterien
- Abstufungsmöglichkeiten bei der Prüfung der Kriterien (z.B.: erfüllt, teilweise erfüllt, nicht erfüllt)
- Prüfung der Pflege am Bewohner, anstatt Prüfung anhand der Pflegedokumentation
- Verzicht auf die Gesamtnote, um Verzerrungen zu vermeiden
- eindeutige Verfahrensanweisungen für MDK-Prüfer
- Keine Veränderungen nötig
- 

---

---

---

6. Hat sich in Ihrer Einrichtung aufgrund der Prüfungsergebnisse etwas verändert?

- Ja  Nein, keine Veränderungen nötig  
 Nein, Veränderungen sind jedoch in Planung

Welche Veränderungen fanden statt bzw. sind geplant?

Hauptsächlich in der Dokumentation!

---

---

7. Für wie wichtig halten Sie die Befragung der Bewohner?

- sehr wichtig  wichtig  
 eher unwichtig  unwichtig

8. Sollte Ihrer Meinung nach die Note der Bewohnerbefragung in die Gesamtnote mit einfließen?

- Ja  Nein

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Pflege-Transparenzvereinbarung

---

---

---

---

---

---

---

---

**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- Heimleiter/in
- Pflegedienstleiter/in

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**

**Mitarbeiterumfrage zum Thema:**  
**Pflege-Transparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflege-Transparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten:**

1. Wurde für Ihre Einrichtung bereits ein Transparenzbericht erstellt?

Ja  Nein

Wenn ja, welche Gesamtnote haben Sie erhalten?

1,8

2. Stimmen Ihrer Meinung nach die Einzelnoten, die Ihre Einrichtung erhalten hat, mit der Realität überein?

Ja  Nein, Noten sind zu schlecht  
 Nein, Noten sind zu gut

3. Denken Sie, dass die Noten den Verbrauchern helfen die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung zu treffen?

Ja  Nein

4. Finden Sie die Anzahl der in die Prüfung einbezogenen Bewohner (grds. 10%, max. 15 Bewohner) ausreichend um ein repräsentatives Ergebnis zu erhalten?

Ja  Nein

5. Was sollte Ihrer Meinung nach an dem Bewertungssystem verändert werden?  
(Mehrfachnennungen sind möglich)

- Einführung einer Gewichtung der einzelnen Kriterien
- Einführung von Risikokriterien
- Abstufungsmöglichkeiten bei der Prüfung der Kriterien (z.B.: erfüllt, teilweise erfüllt, nicht erfüllt)
- Prüfung der Pflege am Bewohner, anstatt Prüfung anhand der Pflegedokumentation
- Verzicht auf die Gesamtnote, um Verzerrungen zu vermeiden
- eindeutige Verfahrensanweisungen für MDK-Prüfer
- Keine Veränderungen nötig
- 

6. Hat sich in Ihrer Einrichtung aufgrund der Prüfungsergebnisse etwas verändert?

- Ja
- Nein, keine Veränderungen nötig
- Nein, Veränderungen sind jedoch in Planung

Welche Veränderungen fanden statt bzw. sind geplant?

*Neue Dokumappen / Dokuzuständigkeit festgelegt im DP*

7. Für wie wichtig halten Sie die Befragung der Bewohner?

- sehr wichtig
- wichtig
- eher unwichtig
- unwichtig

8. Sollte Ihrer Meinung nach die Note der Bewohnerbefragung in die Gesamtnote mit einfließen?

- Ja
- Nein

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Pflegepartnersvereinbarung

*Vereinbarung zeigt einen sehr möglichen Umgang sowie die  
entsprechende Pflege der Bewohner auf.*

**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- Heimleiter/in
- Pflegedienstleiter/in

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**



**Mitarbeiterumfrage zum Thema:**  
**Pflegetransparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflegetransparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten:**

1. Wurde für Ihre Einrichtung bereits ein Transparenzbericht erstellt?

Ja  Nein

Wenn ja, welche Gesamtnote haben Sie erhalten?

1,4

2. Stimmen Ihrer Meinung nach die Einzelnoten, die Ihre Einrichtung erhalten hat, mit der Realität überein?

Ja  Nein, Noten sind zu schlecht  
 Nein, Noten sind zu gut

3. Denken Sie, dass die Noten den Verbrauchern helfen die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung zu treffen?

Ja  Nein

4. Finden Sie die Anzahl der in die Prüfung einbezogenen Bewohner (grds. 10%, max. 15 Bewohner) ausreichend um ein repräsentatives Ergebnis zu erhalten?

Ja  Nein



5. Was sollte Ihrer Meinung nach an dem Bewertungssystem verändert werden?  
(Mehrfachnennungen sind möglich)

- Einführung einer Gewichtung der einzelnen Kriterien
  - Einführung von Risikokriterien
  - Abstufungsmöglichkeiten bei der Prüfung der Kriterien (z.B.: erfüllt, teilweise erfüllt, nicht erfüllt)
  - Prüfung der Pflege am Bewohner, anstatt Prüfung anhand der Pflegedokumentation
  - Verzicht auf die Gesamtnote, um Verzerrungen zu vermeiden
  - eindeutigerere Verfahrensanweisungen für MDK-Prüfer
  - Keine Veränderungen nötig
  -
- 
- 
- 

6. Hat sich in Ihrer Einrichtung aufgrund der Prüfungsergebnisse etwas verändert?

- Ja
- Nein, keine Veränderungen nötig
- Nein, Veränderungen sind jedoch in Planung

Welche Veränderungen fanden statt bzw. sind geplant?

*Pflegedokumentation umgestellt, Führungswechsel  
Qualitätszirkel, interne Audits*

7. Für wie wichtig halten Sie die Befragung der Bewohner?

- sehr wichtig
- eher unwichtig
- wichtig
- unwichtig

8. Sollte Ihrer Meinung nach die Note der Bewohnerbefragung in die Gesamtnote mit einfließen?

- Ja
- Nein

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Pflege-Transparenzvereinbarung

---



---



---



---



---



---



---

**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- Heimleiter/in
- Pflegedienstleiter/in

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**

**Mitarbeiterumfrage zum Thema:  
Pflegetransparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflegetransparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten:**

1. Wurde für Ihre Einrichtung bereits ein Transparenzbericht erstellt?

Ja  Nein

Wenn ja, welche Gesamtnote haben Sie erhalten?

1,4

2. Stimmen Ihrer Meinung nach die Einzelnoten, die Ihre Einrichtung erhalten hat, mit der Realität überein?

Ja  Nein, Noten sind zu schlecht  
 Nein, Noten sind zu gut

3. Denken Sie, dass die Noten den Verbrauchern helfen die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung zu treffen?

Ja  Nein

4. Finden Sie die Anzahl der in die Prüfung einbezogenen Bewohner (grds. 10%, max. 15 Bewohner) ausreichend um ein repräsentatives Ergebnis zu erhalten?

Ja  Nein

5. Was sollte Ihrer Meinung nach an dem Bewertungssystem verändert werden?  
(Mehrfachnennungen sind möglich)

- Einführung einer Gewichtung der einzelnen Kriterien
  - Einführung von Risikokriterien
  - Abstufungsmöglichkeiten bei der Prüfung der Kriterien (z.B.: erfüllt, teilweise erfüllt, nicht erfüllt)
  - Prüfung der Pflege am Bewohner, anstatt Prüfung anhand der Pflegedokumentation
  - Verzicht auf die Gesamtnote, um Verzerrungen zu vermeiden
  - eindeutige Verfahrensanweisungen für MDK-Prüfer
  - Keine Veränderungen nötig
  -
- 
- 
- 

6. Hat sich in Ihrer Einrichtung aufgrund der Prüfungsergebnisse etwas verändert?

- Ja
- Nein, keine Veränderungen nötig
- Nein, Veränderungen sind jedoch in Planung  
*und Umsetzung*

Welche Veränderungen fanden statt bzw. sind geplant?

*Umschulung der Dokumentation  
Führungswechsel*

7. Für wie wichtig halten Sie die Befragung der Bewohner?

- sehr wichtig
- eher unwichtig
- wichtig
- unwichtig

8. Sollte Ihrer Meinung nach die Note der Bewohnerbefragung in die Gesamtnote mit einfließen?

- Ja
- Nein

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Pflege-Transparenzvereinbarung

---



---



---



---



---



---



---

**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- Heimleiter/in
- Pflegedienstleiter/in

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**

**Mitarbeiterumfrage zum Thema:  
Pflegetransparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflegetransparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten:**

1. Wurde für Ihre Einrichtung bereits ein Transparenzbericht erstellt?

Ja  Nein

Wenn ja, welche Gesamtnote haben Sie erhalten?

1,1

2. Stimmen Ihrer Meinung nach die Einzelnoten, die Ihre Einrichtung erhalten hat, mit der Realität überein?

Ja  Nein, Noten sind zu schlecht  
 Nein, Noten sind zu gut

3. Denken Sie, dass die Noten den Verbrauchern helfen die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung zu treffen?

Ja  Nein

4. Finden Sie die Anzahl der in die Prüfung einbezogenen Bewohner (grds. 10%, max. 15 Bewohner) ausreichend um ein repräsentatives Ergebnis zu erhalten?

Ja  Nein



5. Was sollte Ihrer Meinung nach an dem Bewertungssystem verändert werden?  
(Mehrfachnennungen sind möglich)

- Einführung einer Gewichtung der einzelnen Kriterien
- Einführung von Risikokriterien
- Abstufungsmöglichkeiten bei der Prüfung der Kriterien (z.B.: erfüllt, teilweise erfüllt, nicht erfüllt)
- Prüfung der Pflege am Bewohner, anstatt Prüfung anhand der Pflegedokumentation
- Verzicht auf die Gesamtnote, um Verzerrungen zu vermeiden
- eindeutige Verfahrensanweisungen für MDK-Prüfer
- Keine Veränderungen nötig
- 

6. Hat sich in Ihrer Einrichtung aufgrund der Prüfungsergebnisse etwas verändert?

- Ja
- Nein, keine Veränderungen nötig
- Nein, Veränderungen sind jedoch in Planung

Welche Veränderungen fanden statt bzw. sind geplant?

→ Schulung Dolm MA (Frischzeit aufnehmen)

7. Für wie wichtig halten Sie die Befragung der Bewohner?

- sehr wichtig
- wichtig
- eher unwichtig
- unwichtig

8. Sollte Ihrer Meinung nach die Note der Bewohnerbefragung in die Gesamtnote mit einfließen?

- Ja
- Nein

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Pflege-Transparenzvereinbarung

→ geht um die Zielsetzung Transparenz zu schaffen  
werden

→ Regel parat der Politik.

**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- Heimleiter/in
- Pflegedienstleiter/in

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**



**Mitarbeiterumfrage zum Thema:  
Pflegetransparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflegetransparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten:**

1. Wurde für Ihre Einrichtung bereits ein Transparenzbericht erstellt?

Ja  Nein

Wenn ja, welche Gesamtnote haben Sie erhalten?

1,1

2. Stimmen Ihrer Meinung nach die Einzelnoten, die Ihre Einrichtung erhalten hat, mit der Realität überein?

Ja  Nein, Noten sind zu schlecht  
 Nein, Noten sind zu gut

3. Denken Sie, dass die Noten den Verbrauchern helfen die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung zu treffen?

Ja z.T.  Nein

4. Finden Sie die Anzahl der in die Prüfung einbezogenen Bewohner (grds. 10%, max. 15 Bewohner) ausreichend um ein repräsentatives Ergebnis zu erhalten?

Ja  Nein

5. Was sollte Ihrer Meinung nach an dem Bewertungssystem verändert werden?  
(Mehrfachnennungen sind möglich)

- Einführung einer Gewichtung der einzelnen Kriterien
- Einführung von Risikokriterien
- Abstufungsmöglichkeiten bei der Prüfung der Kriterien (z.B.: erfüllt, teilweise erfüllt, nicht erfüllt)
- Prüfung der Pflege am Bewohner, anstatt Prüfung anhand der Pflegedokumentation
- Verzicht auf die Gesamtnote, um Verzerrungen zu vermeiden
- eindeutige Verfahrensanweisungen für MDK-Prüfer
- Keine Veränderungen nötig
- 
- 
- 

6. Hat sich in Ihrer Einrichtung aufgrund der Prüfungsergebnisse etwas verändert?

- Ja
- Nein, keine Veränderungen nötig
- Nein, Veränderungen sind jedoch in Planung

Welche Veränderungen fanden statt bzw. sind geplant?

*Erhöhung Dokumentation, Erhöhung Wichtigkeit von Abrechnen d. Leistungen  
Pflege wurde nicht beanwagt.*

7. Für wie wichtig halten Sie die Befragung der Bewohner?

- sehr wichtig
- eher unwichtig
- wichtig
- unwichtig

8. Sollte Ihrer Meinung nach die Note der Bewohnerbefragung in die Gesamtnote mit einfließen?

- Ja
- Nein

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Pflegetransparenzvereinbarung

*Politiker sollten sich überlegen was für die Zukunft wichtiger ist die Pflege der zu behandelnden Personen oder die Buchführung (pro MA ca. 1/2 Std Eintragung = 3 Std Arbeitszeit bei 6 MA, die für die Pflege wichtig wären.*

**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- Heimleiter/in
- Pflegedienstleiter/in

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**

**Mitarbeiterumfrage zum Thema:**  
**Pflege-Transparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflege-Transparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten:**

1. Wurde für Ihre Einrichtung bereits ein Transparenzbericht erstellt?

- Ja                       Nein

Wenn ja, welche Gesamtnote haben Sie erhalten?

4,1

2. Stimmen Ihrer Meinung nach die Einzelnoten, die Ihre Einrichtung erhalten hat, mit der Realität überein?

- Ja                       Nein, Noten sind zu schlecht  
 Nein, Noten sind zu gut

3. Denken Sie, dass die Noten den Verbrauchern helfen die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung zu treffen?

- Ja                       Nein

4. Finden Sie die Anzahl der in die Prüfung einbezogenen Bewohner (grds. 10%, max. 15 Bewohner) ausreichend um ein repräsentatives Ergebnis zu erhalten?

- Ja                       Nein

5. Was sollte Ihrer Meinung nach an dem Bewertungssystem verändert werden?  
(Mehrfachnennungen sind möglich)

- Einführung einer Gewichtung der einzelnen Kriterien
- Einführung von Risikokriterien
- Abstufungsmöglichkeiten bei der Prüfung der Kriterien (z.B.: erfüllt, teilweise erfüllt, nicht erfüllt)
- Prüfung der Pflege am Bewohner, anstatt Prüfung anhand der Pflegedokumentation
- Verzicht auf die Gesamtnote, um Verzerrungen zu vermeiden
- eindeutigere Verfahrensanweisungen für MDK-Prüfer
- Keine Veränderungen nötig
- 

6. Hat sich in Ihrer Einrichtung aufgrund der Prüfungsergebnisse etwas verändert?

- Ja
- Nein, keine Veränderungen nötig
- Nein, Veränderungen sind jedoch in Planung

Welche Veränderungen fanden statt bzw. sind geplant?

rein strukturell

7. Für wie wichtig halten Sie die Befragung der Bewohner?

- sehr wichtig
- eher unwichtig
- wichtig
- unwichtig

8. Sollte Ihrer Meinung nach die Note der Bewohnerbefragung in die Gesamtnote mit einfließen?

- Ja
- Nein

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Pflege-Transparenzvereinbarung

→ Politische Mozipackung -  
hängt nicht weiter.

**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- Heimleiter/in
- Pflegedienstleiter/in

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**

**Mitarbeiterumfrage zum Thema:  
Pflegetransparenzvereinbarung stationär – Beitrag zur Qualitätssteigerung?**

Sehr geehrte Teilnehmer/innen,

mein Name ist Vanessa Heinzelmann und ich studiere an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen in Ludwigsburg. Ich schreibe meine Bachelorarbeit zum Thema „Pflegetransparenzvereinbarung – Beitrag zur Qualitätssteigerung“ und bin deshalb daran interessiert, Ihre Meinung zu diesem Thema zu erfahren.

Sie würden mir sehr helfen, wenn Sie sich die Zeit nehmen und diesen kurzen Fragebogen ausfüllen würden. Geben Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte bis zum 15.03.2011 in Ihrer Einrichtung ab.

Rückfragen können Sie gerne an [vh-umfrage@t-online.de](mailto:vh-umfrage@t-online.de) richten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Kästchen an.

**Angaben zu den Transparenzberichten:**

1. Wurde für Ihre Einrichtung bereits ein Transparenzbericht erstellt?

- Ja                       Nein

Wenn ja, welche Gesamtnote haben Sie erhalten?

1,1

2. Stimmen Ihrer Meinung nach die Einzelnoten, die Ihre Einrichtung erhalten hat, mit der Realität überein?

- Ja                               Nein, Noten sind zu schlecht  
 Nein, Noten sind zu gut

3. Denken Sie, dass die Noten den Verbrauchern helfen die richtige Entscheidung bei der Wahl einer geeigneten Einrichtung zu treffen?

- Ja                               Nein

4. Finden Sie die Anzahl der in die Prüfung einbezogenen Bewohner (grds. 10%, max. 15 Bewohner) ausreichend um ein repräsentatives Ergebnis zu erhalten?

- Ja                               Nein



5. Was sollte Ihrer Meinung nach an dem Bewertungssystem verändert werden?  
(Mehrfachnennungen sind möglich)

- Einführung einer Gewichtung der einzelnen Kriterien
- Einführung von Risikokriterien
- Abstufungsmöglichkeiten bei der Prüfung der Kriterien (z.B.: erfüllt, teilweise erfüllt, nicht erfüllt)
- Prüfung der Pflege am Bewohner, anstatt Prüfung anhand der Pflegedokumentation
- Verzicht auf die Gesamtnote, um Verzerrungen zu vermeiden
- eindeutige Verfahrensanweisungen für MDK-Prüfer
- Keine Veränderungen nötig
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

6. Hat sich in Ihrer Einrichtung aufgrund der Prüfungsergebnisse etwas verändert?

- Ja
- Nein, keine Veränderungen nötig
- Nein, Veränderungen sind jedoch in Planung

Welche Veränderungen fanden statt bzw. sind geplant?

Anpassung Doku

7. Für wie wichtig halten Sie die Befragung der Bewohner?

- sehr wichtig
- wichtig
- eher unwichtig
- unwichtig

8. Sollte Ihrer Meinung nach die Note der Bewohnerbefragung in die Gesamtnote mit einfließen?

- Ja
- Nein

9. Eigene Anmerkungen zum Thema Pflegepartnersvereinbarung

\_\_\_\_\_



**Persönliche Angaben:**

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von

- Heimleiter/in
- Pflegedienstleiter/in *Stv.*

**Vielen Dank, dass Sie an der Umfrage teilgenommen haben!**

## Statement

# Dokumentation ist Bestandteil guter Pflege

Berlin, 18.03.2011

Heute hat im Bundesgesundheitsministerium ein weiterer „Pflegegipfel“ stattgefunden. Diesmal ging es darum, die Möglichkeiten des Bürokratieabbaus auszuloten. Ein viel diskutierter Punkt war dabei die Frage, wie sich der Dokumentationsaufwand in der praktischen Pflege verringern lassen könnte.

Die Dokumentation der Pflegeleistungen durch die Pflegekräfte ist ein notwendiger Teil guter Pflege. Dies ist unter den Pflegewissenschaftlern unumstritten. Nur wenn die Pflegekraft weiß, ob ein Pflegebedürftiger genug getrunken hat oder wann das Druckgeschwür entstanden ist und welche Pflegemaßnahmen daraus folgen, kann sie richtig handeln und gut pflegen.

Dazu erklärt Gernot Kiefer, Vorstand des Spitzenverbandes der Pflegekassen:

„So wenig wie möglich, aber so viel wie nötig - dies muss das Leitmotiv bei der Pflegedokumentation sein. Konkret schlagen wir vor: Statt Tag für Tag im Detail aufzuschreiben, was alles getan wird, sollten die stets gleichen Abläufe wie beispielsweise Waschen, Windeln wechseln oder Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme in der Pflegeplanung festgehalten werden und nur noch die Abweichungen von der Regel extra dokumentiert werden. So könnte der Dokumentationsaufwand reduziert werden, ohne dass die Pflegequalität leidet.“

Unser Ziel ist es, gemeinsam mit der Pflegewissenschaft und den Pflegeanbietern den Dokumentationsaufwand so zu verringern, dass die Pflegebedürftigen davon profitieren. Insbesondere die Verbände, die immer noch einem Bürokratieabbau rufen, sind aufgefordert, ebenso konkrete wie realistische Vorschläge zu machen.“

Erscheinungsdatum: 18.03.2011

Ausgabejahr: 2011

Autor: GKV-Spitzenverband

## Statement

### **K.-Dieter Voß, Vorstand: Pflegenoten - Einzelnoten stärker gewichten**

Berlin, 26.02.2010

"Wir wollen, dass die Einzelnoten stärker gewichtet werden, damit kein falsches Bild entsteht. Das werden wir bereits heute mit den Leistungserbringern besprechen und ich dränge darauf, dass es noch im Frühjahr Änderungen gibt", erläutert K.-Dieter Voß, Vorstand des GKV-Spitzenverbandes in den "Ruhr Nachrichten" (Freitag) das weitere Vorgehen zur Verbesserung der Bewertungssystematik.

Am 22. Februar 2010 fand unter Beteiligung von ca. 150 namhaften Experten aus dem gesamten Bundesgebiet ein Workshop zu den Noten für Pflegeeinrichtungen statt, in dem intensiv über die vereinbarten Transparenzkriterien und das Bewertungssystem der Pflegenoten diskutiert wurde. Bestätigt wurde die grundsätzliche Eignung der Pflegenoten, aber auch der Weiterentwicklungsbedarf. "Die gewählten Kriterien sind tauglich, um Stärken und Schwächen im Pflegebereich abzubilden. Das Notenbild ist allerdings nicht so verteilt, wie man es erwartet hätte", so Voß.

Seit 1. Juli 2009 werden Pflegeeinrichtungen anhand einer neuen Bewertungssystematik nach Noten durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) überprüft. Die Ergebnisse werden im Internet veröffentlicht. Bisher sind dies rund 2000 sogenannte Transparenzberichte hauptsächlich für stationäre Einrichtungen.

Erscheinungsdatum: 26.02.2010

Ausgabejahr: 2010

Autor: GKV-Spitzenverband



Spitzenverband

# PRESSEMITTEILUNG

09.06.2010

## Pflegenoten weiter entwickeln – Träger der Pflegeeinrichtungen verweigern sich

Die Pflegenoten haben sich grundsätzlich bewährt. Sie bringen erstmals Transparenz in die Qualität von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen. Die ersten Untersuchungen haben gezeigt, dass es noch Verbesserungsmöglichkeiten gibt.

„Die Pflegenoten sind gut gestartet, jetzt wollen wir sie besser machen. Die Transparenz und Klarheit der Notensystematik für stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen auszubauen, ist unser Ziel. In besonderen Fällen kann es vorkommen, dass trotz schlechter Detailbewertungen in mehreren Risikokriterien eine gute Note heraus kommt. Das wollen wir abstellen.“, so Gernot Kiefer, Vorstand des GKV-Spitzenverbandes.

Der GKV-Spitzenverband setzt sich dafür ein, dass die Pflegenoten die Qualität von Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten noch genauer abbilden. Wir wollen, dass es künftig unmöglich ist, trotz mangelhafter Bewertungen mehrerer Risikokriterien, wie z. B. Ernährungszustand und Flüssigkeitsversorgung oder auch die Dekubitusprophylaxe, am Ende eine sehr gute Note zu bekommen. Leider verweigern die Träger der Einrichtungen und Dienste zu diesen vom GKV-Spitzenverband geforderten Änderungen ihre Zustimmung. Statt das Machbare jetzt anzugehen, verweisen sie auf die gemeinsame ausführliche Evaluation, deren Diskussion aber voraussichtlich nicht zu kurzfristigen Ergebnissen führen wird.

### Arbeitsgruppe ergebnislos eingestellt

Wegen der Verweigerungshaltung der Trägerorganisationen musste bereits die gemeinsame Arbeitsgruppe ergebnislos beendet werden. Sie sollte kurzfristige Änderungen erarbeiten.

Kontakt:  
Florian Lanz  
Pressestelle

Tel.: 030 206288-4200  
Fax: 030 206288-84201

Presse@  
gkv-spitzenverband.de

GKV-Spitzenverband  
Mittelstraße 51  
10117 Berlin

[www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)

Die Gesetzeslage sieht zwingend vor, dass Änderungen an den Pflegenoten nur im Einvernehmen von GKV-Spitzenverband und den Trägerorganisationen möglich sind. Um alleine aktiv zu werden, sind dem GKV-Spitzenverband die Hände gebunden.

„Ich rufe die Träger der Pflegeeinrichtungen und der ambulanten Pflegedienste erneut dazu auf, konstruktiv daran mitzuwirken, dass die Qualität der Pflegeeinrichtungen noch besser abgebildet wird“, so Gernot Kiefer.

Weitere Informationen rund um die Pflegenoten finden Sie im Internet unter [www.pflegenoten.de](http://www.pflegenoten.de)

Der GKV-Spitzenverband ist der Verband aller 166 gesetzlichen Pflege- und Krankenkassen. Als solcher gestaltet er den Rahmen für die gesundheitliche Versorgung in Deutschland; er vertritt die Kranken- und Pflegekassen und damit auch die Interessen der 70 Millionen Versicherten und Beitragszahler auf Bundesebene gegenüber der Politik, gegenüber Leistungserbringern wie Ärzten, Apothekern oder Pflegeheimen. Er übernimmt alle nicht wettbewerblichen Aufgaben in der Kranken- und Pflegeversicherung auf Bundesebene. Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 217a SGB V.

## Gemeinsame Pressemitteilung

### GKV-Spitzenverband

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS)

## **Erste Pflegenoten zeigen gute und schlechte Qualität der Heime – Transparenzkriterien wirken**

Berlin, 08. Oktober 2009: In der Zeit vom 1. Juli bis Mitte September sind in ganz Deutschland die ersten 1057 Pflegeheime nach den Regeln der neuen Pflegenoten geprüft worden. Über 700 Einrichtungen haben die Prüfer des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) „sehr gute“ oder „gute“ Qualität bescheinigt; 73 Heime erhielten dagegen in der Gesamtnote lediglich ein „ausreichend“ und zwölf sogar nur die Gesamtnote „mangelhaft“. Die Gesamtnote „befriedigend“ bekamen 256 der geprüften Häuser.

„Die Ergebnisse zeigen, dass eine Reihe von Einrichtungen zum Teil deutliche Qualitätsdefizite hat und in die Verbesserung seiner Qualität investieren muss. Hier stellen die Pflegenoten endlich Transparenz her“, sagte Dr. Peter Pick, Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS).

„Insgesamt haben wir in Deutschland eine hinreichende Qualität bei den Pflegeheimen. Aber dass wir mit den neuen Pflegenoten bereits in den ersten Wochen die mangelhafte Qualität in zwölf Pflegeheimen aufdecken konnten, bestätigt, dass es gut und richtig war, mit den Pflegenoten konsequent auf Transparenz zu setzen. Die Erfahrungen der ersten Monate werden wir intensiv auswerten und da, wo es notwendig ist, die Transparenzkriterien weiter verbessern“, so K.-Dieter Voß, Vorstand des GKV-Spitzenverbandes.

Ausreichend“ und „mangelhaft“ gibt es häufig im pflegerischen Kernbereich

Stärkere Differenzierungen zeigen sich in den Einzelnoten der vier Qualitätsbereiche, die im Internet größer als die Gesamtnote dargestellt werden: Mehr als die Hälfte der Pflegeheime erzielten im Kernbereich „Medizin und Pflege“ eine gute

Qualität (231 Heime „sehr gut“ und 311 Heime „gut“). Fast ein Fünftel der Pflegeheime hat jedoch im pflegerischen Kernbereich schlecht abgeschnitten (124 Heime „ausreichend“ und 41 Heime „mangelhaft“). Einem Viertel der Einrichtungen wurde hier eine mittlere Qualität bescheinigt. Im Qualitätsbereich "Umgang mit demenzkranken Bewohnern" erhielten 192 Pflegeheime die Noten „ausreichend“ oder „mangelhaft“; im Bereich „Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung“ waren es 105 Häuser. „Mit diesen Zahlen sind die Behauptungen von Kritikern widerlegt, dass es keine schlechten Bewertungen von Pflegeeinrichtungen geben wird“, unterstrich Pick.

Als wenig aussagekräftig hat sich hingegen die Bewohnerbefragung erwiesen. Die Noten „ausreichend“ oder „mangelhaft“ wurden hier gar nicht vergeben. 98,8 Prozent der Einrichtungen erhalten hier gute Noten; 87,0 Prozent sogar ein „sehr gut“. Sie bietet damit Pflegebedürftigen und Angehörigen kaum Entscheidungshilfe für die Auswahl einer Einrichtung.

„Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass die vereinbarte Systematik geeignet ist, Unterschiede in der Qualität von Pflegeheimen darzustellen. Das bestärkt uns darin, den eingeschlagenen Weg der Veröffentlichung von Qualitätsergebnissen weiter zu verfolgen. Zugleich werden wir die Umsetzung der Transparenzvereinbarung evaluieren“, sagte Voß. Dabei werde geprüft, ob festgestellte Qualitätsdefizite adäquat in den Pflegenoten abgebildet werden und ob sich das in den Gesamt- und Bereichsnoten dargestellte Ergebnis mit der Bewertung erfahrener MDK-Prüfer deckt. „Wenn sich in der Evaluation Defizite zeigen, werden wir nicht zögern nachzubessern.“

Die Veröffentlichung der ersten Pflegenoten erfolgt im Laufe dieses Herbstes über verschiedene Internetseiten. Dass nicht der GKV-Spitzenverband sondern einzelne Verbände die Pflegenoten veröffentlichen, ist eine gesetzliche Vorgabe aus der Pflegeform. Auf der Internetseite [www.pflegenoten.de](http://www.pflegenoten.de) werden aber alle Informationen rund um die Pflegenoten gebündelt und die dezentralen Veröffentlichungsstellen aufgelistet.

Pressekontakt:

- MDS, Pressestelle, Christiane Grote, Tel. 0201 8327-115
- GKV-Spitzenverband, Pressestelle, Florian Lanz, Tel. 030 206288-4200

## Anlage zur Pressemitteilung vom 8. Oktober 2009: Die Pflegenoten

Seit dem 1. Juli prüfen die MDK-Gutachter nach neuen Prüfvorgaben. Die vorläufigen Transparenzberichte werden in den nächsten Tagen an die Einrichtungen versandt. Nach einer Rückäußerungsfrist von maximal 28 Tagen müssen sie dann im Internet veröffentlicht werden. Damit hat der Gesetzgeber die Landesverbände der Pflegekassen beauftragt. Die Umsetzungen der Transparenzvereinbarung wird wissenschaftlich evaluiert. Zusätzlich wird die Einführungsphase durch den MDS ausgewertet. Die ersten Ergebnisse liegen jetzt vor.

Grundlage für dieses neue Notensystem ist die Pflegereform 2008. Für alle Pflegeheime in Deutschland wird es künftig eine Gesamtnote und vier Bereichsnote sowie eine Note für die Bewohnerbefragung geben. Die Gesamtnote werden aus den Ergebnissen von 64 Einzelkriterien gebildet, die zu vier Qualitätsbereichen zusammengefasst werden. Die Ergebnisse dieser Bereiche werden ebenso veröffentlicht wie die Ergebnisse der Einzelkriterien. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen können sich gezielt zu den Themen "Pflege und medizinische Versorgung", "Umgang mit demenzkranken Bewohnern", "soziale Betreuung und Alltagsgestaltung", "Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene" und zu den Ergebnissen der Bewohnerbefragung informieren. Den Schwerpunkt bildet dabei der Bereich "Pflege und medizinische Versorgung", der mit 35 Qualitätskriterien abgebildet ist. Die 18 Kriterien zur Zufriedenheit der Heimbewohner werden in einer eigenen Note dargestellt und gehen nicht in die Gesamtnote ein.

Weitere Informationen zu der Pflegenote und Antworten auf die am häufigsten gestellten Fragen finden Sie im Internet unter [www.pflegenoten.de](http://www.pflegenoten.de)

Der GKV-Spitzenverband ist der Verband aller 184 gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen. Als solcher gestaltet er den Rahmen für die gesundheitliche Versorgung in Deutschland; er vertritt die Kranken- und Pflegekassen und damit auch die Interessen der 70 Millionen Versicherten und Beitragszahler auf Bundesebene gegenüber der Politik, gegenüber Leistungserbringern wie Ärzten, Apothekern oder Krankenhäusern. Der GKV-Spitzenverband übernimmt alle nicht wettbewerblichen Aufgaben in der Kranken- und Pflegeversicherung auf Bundesebene. Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen gemäß § 217a SGB V.

Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) koordiniert und fördert die Durchführung der Aufgaben und die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) auf Landesebene in medizinischen und organisatorischen Fragen. Er berät den GKV-Spitzenverband in allen medizinischen und pflegerischen Fragen, die diesem qua Gesetz zugewiesen sind.



## Gemeinsame Pressemitteilung

### GKV-Spitzenverband

Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe  
Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände  
Vereinigung der Träger der Pflegeeinrichtungen

Berlin, den 21.07.2010

Pflegenoten als Verbraucherinformation bisher ohne Alternativen –  
Wissenschaftlicher Bericht gibt konkrete Empfehlungen zur  
Weiterentwicklung

Derzeit gibt es zu den Pflegenoten keine kurzfristig realisierbare Alternative. Sie sind für den Verbraucher eine gute Orientierung über die Leistungsqualität von Heimen und Pflegediensten. Dies geht aus dem nun vorliegenden wissenschaftlichen Bericht hervor.

Die Vereinbarungspartner der Pflegenoten haben mit Abschluss der Pflege-Transparenzvereinbarungen (PTV) Dezember 2008/Januar 2009 beschlossen, diese wissenschaftlich evaluieren zu lassen. Der Abschlussbericht der Evaluation von Frau Prof. Dr. Martina Hasseler, Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Hamburg, und Frau Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann, Alice-Salomon-Hochschule Berlin, liegt nun vor. Er enthält wesentliche Hinweise für die Anwendung sowie für die Weiterentwicklung der Vereinbarungen.

„Der Bericht zeigt, dass weder national noch international wissenschaftliche Erkenntnisse zu Transparenzsystemen vorliegen, die sich als kurzfristig realisierbare Alternative zu den Pflege-Transparenzvereinbarungen anbieten. Deshalb gibt es ungeachtet des Überarbeitungsbedarfs ... derzeit keine Alternative“, so der Beirat und die Wissenschaftlerinnen zur Evaluation der Pflege-Transparenzvereinbarungen. Im Beirat sind u. a. unabhängige Wissenschaftler, Verbraucherschützer, Bundes- und Landesministerien sowie der Deutsche Pflegerat vertreten.

Die Empfehlungen der Wissenschaftlerinnen sind eine konstruktive Grundlage für die Weiterentwicklung der Transparenzvereinbarungen. Vor diesem Hintergrund rät der Beirat den Vereinbarungspartnern, die Empfehlungen der Wissenschaftlerinnen schrittweise umzusetzen. Wegen der Komplexität erfolgt die Umsetzung in kurz-, mittel- und langfristigen Entwicklungsschritten.

Kurzfristig soll z. B. sichergestellt werden, dass immer eine ausreichende Anzahl Pflegebedürftiger in die Prüfung einbezogen wird. Mittelfristig soll beispielsweise auf Basis der zu erwartenden wissenschaftlichen Erkenntnisse die Bewohner- und Kundenzufriedenheit genauer abgebildet werden. Da national und international übertragbare wissenschaftliche Grundlagen fehlen, ist auch ein langfristiger Weiterentwicklungsprozess erforderlich.

Die Vereinbarungspartner haben sich bereits im Vorfeld darauf verständigt, die Empfehlungen aufzugreifen und schrittweise umzusetzen.

Der Bericht der Wissenschaftlerinnen und die Empfehlungen des Beirats sind auf den Internetseiten der Vertragspartner veröffentlicht.

Pressekontakte:

- Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, Geschäftsstelle Bernd Finke, Tel. 0251 591-6530, [www.bagues.de](http://www.bagues.de)
- Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, Pressestelle Deutscher Städtetag, Volker Bästlein, Tel. 030 37711-130, Pressestelle Deutscher Landkreistag, Dr. Markus Mempel, Tel. 030 590097-312, Pressestelle Deutscher Städte- und Gemeindebund, Franz Reinhard Habel, Tel. 030/77307-225, [www.kommunale-spitzenverbaende.de](http://www.kommunale-spitzenverbaende.de)
- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste, Bernd Tews, Tel. 030 30878860, [tews@bpa.de](mailto:tews@bpa.de), [www.bpa.de](http://www.bpa.de)
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW), Claus Bölicke, Tel. 030 26309-161, [claus.boelicke@awo.org](mailto:claus.boelicke@awo.org), [www.bagfw.de](http://www.bagfw.de)
- Arbeitsgemeinschaft Privater Heime und Ambulanter Dienste Bundesverband e. V. (APH), Timo Stein, Tel. 0511 875980, [post@aph-bundesverband.de](mailto:post@aph-bundesverband.de), [www.aph-bundesverband.de](http://www.aph-bundesverband.de)
- GKV-Spitzenverband, Pressestelle Florian Lanz, Tel. 030 206288-4200, [presse@gkv-spitzenverband.de](mailto:presse@gkv-spitzenverband.de), [www.pflegenoten.de](http://www.pflegenoten.de)

## Gemeinsame Pressemitteilung

### GKV-Spitzenverband

Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe  
Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände  
Maßgebliche Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen  
bah, bpa, aph, bad, bkbs, DCV, DW, DRK, AWO

Berlin, 24. November 2010

Verhandlungen zur Weiterentwicklung der Pflegenoten an mangelnder Kompromissbereitschaft kleiner Pflegeverbände vorerst gescheitert

Nach monatelangen Gesprächen und einer greifbaren Einigung sind die Verhandlungen zur Weiterentwicklung der Pflegenoten für Pflegeheime an der starren Blockadehaltung des Verbandes Deutsche Alten- und Behindertenhilfe (VDAB) und des Arbeitgeber- und Berufsverbandes der Privaten Pflege (ABVP) vorerst gescheitert. Die beiden Verbände, die zusammen weniger als fünf Prozent der Pflegeanbieter repräsentieren, lehnen eine kurzfristige Änderung der Pflegenoten grundsätzlich ab. Für eine Weiterentwicklung der Pflegenoten ist nach den gesetzlichen Vorgaben jedoch die Zustimmung aller Vertragspartner notwendig.

Übereingekommen waren die Vertreter von Pflegekassen, Sozialhilfeträgern, kommunalen Spitzenverbänden und den maßgeblichen Pflegeanbietern, die Ergebnisqualität in besonders relevanten Pflegebereichen, wie z. B. Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung und Wundliegen (Dekubitus) deutlicher hervorzuheben. Dies sollte im Wege einer Abwertung bei mangelhaften Ergebnissen geschehen. Außerdem sollte der tatsächliche Zustand des Pflegebedürftigen stärker neben der Pflegedokumentation in die Bewertung einfließen. Für den Verbraucher wäre damit die Entscheidung für oder gegen ein Heim klarer und übersichtlicher geworden.

Von der Verweigerungshaltung der kleinen Verbände profitieren solche Pflegeeinrichtungen, die heute eine mangelhafte Bewertung in diesen besonders kritischen Pflegebereichen, wie z. B. Flüssigkeitsversorgung, erhalten haben.

Offensichtlich wollen der VDAB und der ABVP Mängel verdecken, anstatt die Verbraucherinformationen zu verbessern. Wer so handelt, diskreditiert sich selbst

im Ringen um gute Qualität in der Pflege. Die maßgeblichen Verhandlungspartner appellieren deshalb an den Gesetzgeber, durch eine Gesetzesänderung dafür zu sorgen, dass solche Einzelmeinungen nicht den gesamten Prozess lahmlegen können. Außerdem brauchen wir für die Pflegenoten einen Konfliktlösungsmechanismus, wie er bei anderen Regelungen durch die Selbstverwaltung auch üblich ist. Denkbar wäre z. B. ein Schiedsverfahren.

Die mangelnde Kompromissbereitschaft der kleinen Verbände wird den begonnenen Prozess, Verbrauchern Information über gute Pflege anzubieten, nicht zurückdrehen können.

#### Pressekontakte:

- Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, Geschäftsstelle Bernd Finke, Tel. 0251 591-6530, [www.bagues.de](http://www.bagues.de)
- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste, Bernd Tews, Tel. 030 30878860, [tews@bpa.de](mailto:tews@bpa.de), [www.bpa.de](http://www.bpa.de)
- GKV-Spitzenverband, Pressestelle Ann Marini, Tel. 030 206288-4210, [presse@gkv-spitzenverband.de](mailto:presse@gkv-spitzenverband.de), [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)
- für die beteiligten Verbände der freien Wohlfahrtspflege Dr. Gerhard Timm, Tel. 030 240890, [gerhard.timm@bag-wohlfahrt.de](mailto:gerhard.timm@bag-wohlfahrt.de)

Wissenschaftliche Evaluation zur Beurteilung  
der Pflege-Transparenzvereinbarungen für den  
ambulanten (PTVA) und stationären (PTVS)  
Bereich

---

Prof. Dr. Martina Hasseler, HAW Hamburg  
Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann, ASH Berlin

Unter Mitarbeit von  
Dr. Matthias Nagel  
Sonja Indefrey, Dipl.-Pfl., (Pflegerwissenschaften)

inklusive  
Empfehlungen des Beirates zur Evaluation der  
Pflege-Transparenzvereinbarungen

21. Juli 2010

## Vorbemerkungen

Die Vertragspartner nach § 113 SGB XI haben am 17.12.2008 die Pflege-Transparenzvereinbarung für die stationäre Pflege (PTVS) und am 29.01.2009 die Pflege-Transparenzvereinbarung für die ambulante Pflege (PTVA) vereinbart. Seit Anfang Dezember 2009 werden die Transparenzberichte durch die Landesverbände der Pflegekassen im Internet veröffentlicht. Zwischen den Vereinbarungspartnern bestand frühzeitig Einvernehmen, die Pflege-Transparenzvereinbarungen systematisch wissenschaftlich auszuwerten zu lassen.

Das gemeinsame Evaluationsvorhaben sollte bis Mitte 2010 gesicherte Erkenntnisse liefern, inwieweit die gewählten Qualitätskriterien, das vereinbarte Bewertungssystem sowie das Layout der Transparenzberichte geeignet sind, die von den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität für Pflegebedürftige, deren Angehörige sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Pflegestützpunkten verständlich, übersichtlich und vergleichbar darzustellen.

Mit der Evaluation wurden Frau Prof. Dr. Martina Hasseler, Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Hamburg und Frau Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann, Alice-Salomon-Hochschule Berlin beauftragt. Der Bericht enthält wissenschaftlich begründete Empfehlungen für Modifikationen am Transparenzverfahren (Teil 2).

Die Evaluation wurde von einem Beirat begleitet, in dem neben Wissenschaftlern, Verbraucherschützern, Bundes- und Landesministerien, Deutschem Pflegerat und die Vertragspartner vertreten sind. Der Beirat hat den Abschlussbericht bewertet und ergänzend Empfehlungen für den Umgang mit den Ergebnissen der wissenschaftlichen Evaluation formuliert (Teil 1).

Der Beirat, die mit der Evaluation beauftragten Wissenschaftlerinnen und die Auftraggeber der Evaluation der Pflege-Transparenzvereinbarungen sprechen sich für eine gemeinsame Veröffentlichung von Abschlussbericht und Empfehlungen des Beirates aus. Teil 1 dieses gemeinsamen Dokuments enthält die Empfehlungen des Beirates, Teil 2 enthält den Abschlussbericht der Wissenschaftlerinnen.

## Teil 1

# Empfehlungen des Beirates zur Evaluation der Pflege-Transparenzvereinbarungen

## Empfehlungen des Beirates zur Evaluation zur Beurteilung der Pflege-Transparenzvereinbarungen für den ambulanten (PTVA) und stationären (PTVS) Bereich

### Präambel

Der Beirat dankt Frau Prof. Dr. Martina Hasseler, HWA Hamburg, und Frau Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann, ASH Berlin, für ihren Abschlussbericht, der wesentliche Hinweise für die Weiterentwicklung der Vereinbarungen enthält sowie Hinweise auf weiteren Forschungsbedarf gibt.

Die Vereinbarungspartner haben aufgrund der gesetzlichen Vorgaben in kurzer Frist Pflege-Transparenzvereinbarungen (PTV) beschlossen, um „die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität, insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität, für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar“ zu veröffentlichen“ (§ 115 Abs. 1a SGB XI). Da mit den PTV Neuland betreten wurde, bestand von Beginn an Einvernehmen unter den Vertragspartnern, als wichtigen Beitrag zum notwendigen Entwicklungsprozess die Vereinbarungen wissenschaftlich zu evaluieren. Gemeinsamer Auftrag der Vereinbarungspartner an die Wissenschaft war es, folgende Fragen zu beantworten:

- „Inwieweit sind die in den Pflege-Transparenzvereinbarungen ambulant (PTVA) und stationär (PTVS) gewählten Qualitätskriterien, das Bewertungssystem sowie das Layout der Transparenzberichte geeignet, die von den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität, für Pflegebedürftige, ihre Angehörigen oder Mitarbeiter/innen in Pflegestützpunkten verständlich, übersichtlich und vergleichbar darzustellen?
- Welche Elemente der Pflege-Transparenzvereinbarungen ambulant (PTVA) und stationär (PTVS) haben sich aus wissenschaftlicher Perspektive bewährt?
- Gibt es Verbesserungspotenziale? Wenn ja, sind aus wissenschaftlicher Perspektive Aussagen zur Prioritätensetzung sinnvoll?“

Mit diesem Abschlussbericht liegen Ergebnisse vor, die im Rahmen der Limitierungen (Zeit, Ressourcen, sekundäre Daten) wissenschaftliche Aussagen über die Stärken und Schwächen des Instrumentes sowie weitere Empfehlungen geben. Auf die Limitierungen ist es auch zurückzuführen, dass keine abschließende Bewertung der Gütekriterien des Instruments (Objektivität, Validität und Reliabilität) erfolgen konnte. Der Beirat teilt gleichwohl die Auffassung der Wissenschaftlerinnen, dass mit dem Bericht eine konstruktive Grundlage für weitere Entwicklungen und Entscheidungen vorliegt und stimmt den Empfehlungen der Wissenschaftlerinnen im Grundsatz zu.

Der Bericht zeigt, dass weder national noch international wissenschaftliche Erkenntnisse zu Transparenzsystemen vorliegen, die sich als kurzfristig realisierbare Alternative zu den PTV



anbieten. Deshalb gibt es ungeachtet des Überarbeitungsbedarfs nach Auffassung des Beirates zu den PTV derzeit keine Alternative<sup>1</sup>.

#### Bewertung der Empfehlungen des Abschlussberichts

Vor diesem Hintergrund rät der Beirat den Vertragspartnern die Empfehlungen der Wissenschaftlerinnen umzusetzen und wegen der Komplexität die Umsetzung in kurz-, mittel- und langfristigen Entwicklungsschritten vorzunehmen.

#### I Empfehlungen aus wissenschaftlich-methodischer Perspektive

a) Überprüfung/Nachweis von Gütekriterien des Instrumentes zur Erfassung von Transparenzkriterien

Der Beirat ist sich bewusst, dass dieser Prozess langfristig angelegt ist und empfiehlt die Umsetzung kurzfristig einzuleiten.

b) Überprüfung von Einzelkriterien des Instrumentes zur Erfassung von Transparenzkriterien

Der Beirat empfiehlt, die Sinnhaftigkeit der definierten Kriterien im Hinblick auf die Zielsetzung des Instruments unter Berücksichtigung der im Bericht beschriebenen Ergebnisse zu überprüfen. Die Maßnahme ist kurzfristig umzusetzen.

c) Überprüfung von Verfahrensanweisungen zur Erfassung von Transparenzkriterien

Der Beirat empfiehlt die kurzfristige Umsetzung.

d) Überarbeitung der Berechnungssystematik/Notenvergabe auf Kriteriumsebene

Der Beirat empfiehlt, die im Bericht genannten Alternativen zur Überarbeitung der Berechnungssystematik/Notenvergabe auf Kriterienebene kurzfristig auf ihre Umsetzbarkeit zu berücksichtigen.

e) Überarbeitung der Berechnungssystematik/Notenberechnung auf Bereichsebene bzw. für eine Gesamtnote

Der Beirat empfiehlt, die im Bericht genannten Alternativen zur Überarbeitung der Berechnungssystematik/Notenvergabe auf Bereichsebene bzw. Gesamtnote kurzfristig zu berücksichtigen.

f) Einbeziehung von Risikokriterien in die Berechnungssystematik/Notenberechnung auf Bereichsebene bzw. für eine Gesamtnote

Der Beirat empfiehlt, die längerfristigen Dimensionen und Erkenntnisse zu berücksichtigen [vgl. Empfehlung Ia) und Ib)]. Gleichwohl empfiehlt der Beirat die Einbeziehung von Risikokriterien in die Berechnungssystematik/Notenvergabe auf Bereichsebene bzw. Gesamtnote kurzfristig zu berücksichtigen.

g) Überprüfung des gewählten Stichprobenverfahrens

---

<sup>1</sup> Die Auftragnehmerinnen der wissenschaftlichen Evaluation Prof. Dr. Hasseler und Prof. Dr. Wolf-Ostermann unterstützen die vom Beirat formulierte Präambel.

Der Beirat empfiehlt, die im Bericht vorgeschlagenen Lösungen kurzfristig zu berücksichtigen.

h) Überprüfung des gewählten Datenerfassungs- und -übermittlungsverfahrens  
Der Beirat empfiehlt, die im Bericht vorgeschlagenen Lösungen kurzfristig zu berücksichtigen.

## II Empfehlungen aus wissenschaftlich-inhaltlicher Perspektive

a) Definition und Eingrenzung des Begriffes „Qualität“ im Zusammenhang mit Qualitätsprüfungen und Transparenzkriterien

Der Beirat empfiehlt den Vertragspartnern kurzfristig die Umsetzung der Empfehlung.

b) Klärung der Funktion und Bedeutung Transparenzkriterien

Der Beirat empfiehlt den Vertragspartnern kurzfristig die Umsetzung der Empfehlung.

c) Auswahl von Kriterien und Überprüfung der Instrumente „Qualitätsprüfung“ und „Transparenzkriterien“

Der Beirat empfiehlt den Vertragspartnern die Umsetzung im Zusammenhang mit Ia und Ib.

d) Überprüfung der Datenquelle „Pflegedokumentation“ als dominierender Datenquelle

Der Beirat empfiehlt den Vertragspartnern kurzfristig die Empfehlung zu berücksichtigen

## III Heimbewohner-/Kundenbefragung

a) Wissenschaftliche Überprüfung des bisherigen Instrumentes zur Heimbewohnerbefragung/Kundenbefragung

Der Beirat empfiehlt, auf eine Heimbewohner-/Kundenbefragung nicht zu verzichten und die Gütekriterien und Aussagekraft des bestehenden Instrumentes zu überprüfen.

b) Erhebung der Lebensqualität von Heimbewohnern und Kunden

Der Beirat empfiehlt, die Empfehlung mittelfristig auf ihre Umsetzbarkeit zu prüfen.

c) Erhebung der Lebensqualität von vulnerablen Gruppen mit entsprechend spezifischen Instrumenten

Der Beirat empfiehlt, die Empfehlung mittelfristig auf ihre Umsetzbarkeit zu prüfen.

d) Ergebnisse des Projektes „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ abwarten und möglicherweise integrieren

Der Beirat empfiehlt die Berücksichtigung der Empfehlung.

## IV Darstellung (Layout) der Transparenzberichte

a) Verbesserung des Bekanntheitsgrades der Transparenzberichte durch verschiedene Strategien

- b) Integration von Multiplikatoren
- c) Aktuelle Daten flächendeckend zur Verfügung stellen
- d) Interessen der Verbraucher bei Wahl von Kriterien zur Veröffentlichung beachten
- e) Vielfältige Zugangswege wählen
- f) Multikulturalität beachten
- g) Darstellung (Layout) der Transparenzberichte den Erfordernissen der Verbraucher anpassen
- h) Entscheidungshilfen

Der Beirat empfiehlt, die Punkte a) bis h) im Hinblick auf die Praktikabilität und Relevanz zu berücksichtigen.

#### Schlussbemerkung

Der Beirat betont, dass die Pflege-Transparenzvereinbarungen, in deren Entwicklung ein hohes Maß an Experten- und Erfahrungswissen eingeflossen ist, auch international gesehen einen wichtigen Schritt zur Stärkung der Verbraucherinteressen und auch einen Anreiz für Qualitätsentwicklung in den Pflegeeinrichtungen darstellt. Der damit eingeschlagene Weg muss aus Sicht des Beirats konsequent und ohne etwaige Aussetzung der PTV weiter verfolgt werden. Deshalb sieht der Beirat die Weiterentwicklung der PTV als einen kontinuierlichen Prozess an. Künftige wissenschaftliche Erkenntnisse und Modelle sollen in diesen Prozess einbezogen werden, insbesondere die Erkenntnisse aus dem von BMG und BMFSFJ geförderten Projekt „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“.

Der Beirat empfiehlt, die Öffentlichkeit über Aussagekraft, Reichweite und Weiterentwicklungsbedarf des Instruments zu informieren.

Berlin, den 15. Juli 2010

## Mitglieder des Beirates

Dr. Uda Bastians-Osthaus

Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, c/o Deutscher Städtetag, Berlin

Oliver Blatt

Verband der Erstkassen e. V., Berlin

Brigitte Döcker

AWO Bundesverband e.V., Berlin

Dr. Stefan Etgeton

Verbraucherzentrale Bundesverband e. V., Berlin

Jens Kaffenberger

Sozialverband VdK Deutschland e. V., Berlin

Harald Kesselheim

AOK Bundesverband, Berlin

Dr. Monika Kücking

GKV-Spitzenverband, Berlin

Christian Manitz

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz, Mainz

Prof. Dr. Martin Moers

Fachhochschule Osnabrück

Doris Schmidt

DRK Generalsekretariat, Berlin

Ulrich Schmolz

Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg, Stuttgart

Timo Stein

AHP-Bundesverband e.V., Hannover

Prof. Dr. Clemens Tesch-Römer

Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin

Bernd Tews

Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V., Berlin

Dr. Matthias von Schwanenflügel

Bundesministerium für Gesundheit, Berlin

Andreas Westerfellhaus

Deutscher Pflegerat e. V., Berlin



## Teil 2

# Wissenschaftliche Evaluation zur Beurteilung der Pflege-Transparenzvereinbarungen für den ambulanten (PTVA) und stationären (PTVS) Bereich

# Wissenschaftliche Evaluation zur Beurteilung der Pflege-Transparenzvereinbarungen für den ambulanten (PTVA) und stationären (PTVS) Bereich

---

Prof. Dr. Martina Hasseler, HAW Hamburg  
Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann, ASH Berlin

Unter Mitarbeit von  
Dr. Matthias Nagel  
Sonja Indefrey, Dipl.-Pfl., (Pflegerwissenschaften)

Stand:  
15.07.2010

## Vorwort

Mitte bzw. Ende Februar 2010 wurde uns der Auftrag erteilt, eine wissenschaftliche Evaluation der Pflege-transparenzkriterien durchzuführen. Uns war damals bereits bewusst, dass wir uns in ein „**politisch vermintes**“ Feld begeben, das von unterschiedlichen Interessen bestimmt ist.

Unser Auftrag war – und wir haben ihn als Auftragnehmerinnen dezidiert so verstanden – aus **wissenschaftlicher Perspektive** die Pflege-transparenzkriterien zu beurteilen. Das **Ziel** dieser wissenschaftlichen Evaluation ist, **Aussagen** aus **wissenschaftlicher Perspektive** zu formulieren. **Die politischen Entscheidungen**, die aus der Evaluation möglicherweise resultieren, liegen in der **Verantwortung** der **politischen Entscheidungsträger** und **Organisationen**. Dabei können wissenschaftliche und politische Aussagen und Empfehlungen sich durchaus konträr zueinander verhalten und müssen nicht übereinstimmen. Problematisch ist insgesamt zu betrachten, dass ein auf der Basis von politischen Notwendigkeiten ausgehandeltes und entwickeltes Instrument im Nachhinein mit wissenschaftlichen Kriterien beurteilt werden soll bzw. beurteilt wurde. Dies führt zwangsläufig dazu, dass bestimmte Ergebnisse und Aussagen, die aus wissenschaftlicher Perspektive getroffen werden, nicht auf Begeisterung und unbedingte Zustimmung der politischen Ebene treffen. Dies ist jedoch auf die unterschiedlichen Systeme und Begründungszusammenhänge von Wissenschaft und Politik zurückzuführen. Sie sind, wenn bestimmte Entwicklungen im Vorfeld unabhängig voneinander stattfinden, nicht immer kompatibel.

Letztlich muss die Entscheidung darüber, welchen Kriterien – wissenschaftlichen oder politischen - das Instrument Pflege-transparenzkriterien genügen soll, von den politischen Institutionen, Gremien und Stakeholdern getroffen werden. In jedem Falle sollte aber deutlich werden, aus welchen Systematiken und Begründungszusammenhängen diese Entscheidungen resultieren.



Mit dieser Evaluation legen wir Ergebnisse vor, die im Rahmen der Limitierungen (Zeit, Ressourcen, sekundäre Daten), wissenschaftliche Aussagen über die Stärken und Schwächen des Instrumentes sowie weitere Empfehlungen geben. Wir hoffen, damit eine konstruktive Grundlage für weitere Entwicklungen und Entscheidungen geben zu können, die dem gesetzlichen Ziel der Pflge­transparenzkriterien näher kommen.

Um den Lesefluss zu vereinfachen haben wir uns der Sprachregelung „Bewohner“ und „Kunden“ in Anlehnung an die Veröffentlichungen zu den Pflege­Transparenzvereinbarungen (PTVS bzw. PTVA) angeschlossen, gemeint sind hierbei natürlich ausdrücklich sowohl Bewohner als auch Bewohnerinnen bzw. Kunden und Kundinnen.

Wir möchten uns für die konstruktiven Gespräche aller Beteiligten und insbesondere beim Beirat bedanken.

## **Zusammenfassung**

Gegenstand der vorliegenden wissenschaftlichen Evaluation ist eine wissenschaftlich-systematische Beurteilung der Pflege-transparenzkriterien (stationär und ambulant) unter Verwendung von zur Verfügung gestellten Daten (sekundäranalytisches Vorgehen). Die Auftragnehmerinnen wurden Ende Februar 2010 beauftragt, auf der Basis nationaler und internationaler wissenschaftlicher Erkenntnisse folgende Fragen zu beantworten:

- Inwieweit sind die in den Pflege-Transparenzvereinbarungen ambulant (PTVA) und stationär (PTVS) gewählten Qualitätskriterien, das Bewertungssystem sowie das Layout der Transparenzberichte geeignet, die von den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität, für Pflegebedürftige, ihre Angehörigen oder Mitarbeiter/innen in Pflegestützpunkten verständlich, übersichtlich und vergleichbar darzustellen?
- Welche Elemente der Pflege-Transparenzvereinbarungen ambulant (PTVA) und stationär (PTVS) haben sich aus wissenschaftlicher Perspektive bewährt?
- Gibt es Verbesserungspotenziale? Wenn ja, sind aus wissenschaftlicher Perspektive Aussagen zur Prioritätensetzung sinnvoll?

Für das Design der wissenschaftlichen Evaluation wird eine formative Programmevaluation unter Anwendung qualitativer und quantitativer Methoden zugrundegelegt. Als Rahmengrundlage dient das von Tu & Lauer (2008) entwickelte System der wissenschaftlichen Evaluation für Qualitätstransparenzinitiativen im Gesundheitssystem.

Zusammenfassend ergeben sich folgende Ergebnisse:

- Zur Umsetzung und Entwicklung der Pflege-transparenzkriterien kann konstatiert werden, dass verschiedene und unterschiedliche Perspektiven, Positionen und Interessen in einem relativ kurzen Zeitraum auf einen Nenner gebracht werden mussten, um dem Anliegen, für Verbraucher verständliche, übersichtliche und

vergleichbare Darstellungen der Leistungen und der Qualität von Pflegeeinrichtungen zu veröffentlichen, nachkommen zu können. Vor diesem Hintergrund ist anzunehmen, dass die Berücksichtigung und Integration wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Entwicklung und Umsetzung eines neuen Instrumentes eher marginal erfolgen konnte. Aufgrund mangelnder Erfahrungen in Deutschland mit der Veröffentlichung von Qualitätsmerkmalen und Leistungen von Einrichtungen in der Langzeitpflege, musste ein neues Verfahren auf der Grundlage der Qualitätsprüfungsrichtlinien des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen und/oder vergleichbarer und anerkannter Prüfverfahren in kurzer Zeit erstellt und vereinbart werden. Ebenso kurzfristig erfolgten die Umsetzung und die Veröffentlichung der ersten Ergebnisse.

- Die internationale Literaturrecherche zeigt, dass auch im internationalen Raum viele Fragen über die Wirkungsweise von Transparenzinitiativen im Bereich der Krankenhäuser sowie der ambulanten und stationären Langzeitpflege noch offen sind. Es gibt einige Erfahrungswerte und systematische Erkenntnisse, auf die trotz unterschiedlicher Systeme, Instrumente und Herangehensweisen rekurriert werden kann. Dazu gehören insbesondere Erkenntnisse über die Veröffentlichung von Daten, Präferenzen von Verbrauchern u.v.m.
- Für die Durchführung der Berechnungen und Berechnungsmodelle sowie der Beurteilung der Gütekriterien des Instrumentes waren Grenzen gesetzt, da die Daten nicht als tatsächliche Rohdaten vorlagen, sondern als eine Mischung aus auf Kriteriumsebenen aggregierten Daten (Noten) sowie tatsächlichen Rohwerten (ebenfalls als Noten).
- Die von der Gesellschaft für Konsumforschung (GfK) durchgeführten Tiefeninterviews fanden im Januar 2010 statt. Es ist anzunehmen, dass weniger qualitativ-explorative Erkenntnisse die Interviewfragen geleitet haben. Des Weiteren war nicht ersichtlich, nach welchen Kriterien die Teilnehmer/-innen rekrutiert und eingeschlossen wurden und wann die Datenerhebung und aus welchen Gründen sie abgeschlossen wurde.

- Die Überprüfung der Gütekriterien des Instrumentes weist darauf hin, dass Optimierungsbedarfe vorhanden sind. Die Überprüfung der Gütekriterien gehört zum Stand jedes wissenschaftlichen Bewertungsverfahrens. Die klassischen Kriterien sind Objektivität, Reliabilität, Validität, daneben wurden auch Aspekte der Praktikabilität des Instrumentes betrachtet sowie eine Itemanalyse durchgeführt. Zum jetzigen Zeitpunkt kann dem Verfahren eine eingeschränkte Objektivität attestiert werden. Weitere Analysen zum Nachweis der Objektivität erscheinen notwendig. Des Weiteren können gegenwärtig keine verlässlichen Aussagen zur Reliabilität des Verfahrens gemacht werden. Die Zuverlässigkeit des Verfahrens im Sinne der Messgenauigkeit kann damit nicht bewertet werden. Ebenfalls kann nur eine eingeschränkte Inhaltsvalidität attestiert werden. Insbesondere zur Konstruktvalidität liegen keine Aussagen vor. Derzeit ist kein Nachweis der Validität des Verfahrens gegeben, um zu belegen, ob das Verfahren tatsächlich Pflegequalität misst. Dies muss nicht bedeuten, dass Reliabilität und Validität generell für das Verfahren nicht gegeben sind, jedoch liegt zum jetzigen Zeitpunkt dafür kein Nachweis vor. Die Ergebnisse der Itemanalyse weisen daraufhin, dass in der Analyse der Rohwertverteilung Auffälligkeiten im Bereich der Kriteriumsnoten, Notenvergabe (bspw. Note 0,0 und Note 6,0), Verteilungen und Ausschöpfungen von Notenspektren und Konsequenzen für Bereichs- und Gesamtnoten zu erkennen sind.
- Die Überprüfungen der Stichprobenauswahl deuten daraufhin, dass durchschnittlich insgesamt geringe Fallzahlen vorliegen. Des Weiteren liegen bei zahlreichen Kriterien nur sehr kleine Fallzahlen vor, mit der Problematik, dass die daraus gewonnenen Schätzwerte (Noten), abhängig von der Variabilität in den Ausprägungen, prinzipiell nur sehr ungenau geschätzt werden können und insbesondere bei Mittelwertbildungen aufgrund der mangelnden Robustheit dieser Kenngröße stark (von den anderen Beobachtungen) abweichende Werte (Ausreißer) zu einer verzerrten Schätzung führen können.
- Die Bewertungssystematik wirft Fragen bezüglich dichotomer Skalierung, Mittelwertbildung, Festlegung Erfüllung/Nicht-Erfüllung der Kriterien, Bereichs-, Gesamtnotenbildung, Skalierung insgesamt und Stichprobengrößen auf.

- Das internationale (einrichtungsunabhängig) und nationale Verständnis (einrichtungsabhängig) von Risikokriterien in Transparenzinitiativen in der Langzeitpflege scheint unterschiedlich zu sein. In der Evaluation wird eine theoriegeleitete Definition von Risikokriterien vorgenommen und Berechnungen auf der Basis von Modellen durchgeführt, um Auswirkungen auf die Notenbildung zu untersuchen.
- Die Simulation alternativer Bewertungsverfahren hat gezeigt, dass eine Verwendung von als pflegerelevant begründbaren Risikokriterien letztendlich nur dann sinnvoll ist, wenn diesen auch ein entsprechendes Gewicht im Bewertungsverfahren eingeräumt wird, so dass Einrichtungen mit mangelhaft bewerteten Risikokriterien – in Abhängigkeit von der Anzahl dieser nicht erfüllten Kriterien - keine (sehr) gute (Gesamt-) Benotung mehr erhalten können.
- Die Auswertung der Ergebnisse der GfK-Interviews zeigen, dass im Hinblick auf die Kategorien „Nützlichkeit“, „Verständlichkeit“, „Vergleichbarkeit“, „Serviceleistungen und Pflegeangebote“ Potenziale für eine angemessene, sinnvolle und verständliche Darstellung von Qualität und Leistungen der Einrichtungen liegen.
- Die Auswertung der Protokolle des Expertenworkshops sowie des MDS-SEG 2-Abschlussberichts gibt zahlreiche Hinweise auf Fragen und Verbesserungsmöglichkeiten des Instrumentes der Pflege-Transparenzkriterien.
- Die Bewohner- und Kundenbefragung nimmt bei den Zielgruppen eine hohe Bedeutung ein. National und international ist kein ausreichend validiertes Instrument zur Befragung von Bewohnern und Kunden vorhanden. Andere bzw. alternative Verfahren können das bisher zugrundegelegte Instrument ergänzen bzw. ersetzen (z.B. um Aspekte der Lebensqualität oder andere). Es ist fraglich, ob eine Benotung der Bewohner-/ Kundenbefragung sinnvoll ist und aus diesem Grunde auf andere Verfahren ausgewichen werden sollte, um die Perspektive der Bewohner und Kunden zu erfassen und zu präsentieren.

Auf Basis der Ergebnisse der vorgelegten wissenschaftlichen Evaluation werden folgende Empfehlungen formuliert:

- Langfristig kann ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren anhand pflegesensitiver validierter Bewertungskriterien die Chance bieten, dass Qualität von Pflegeeinrichtungen ein transparenter und selbstverständlicher Beurteilungsfaktor wird, der den bewerteten Einrichtungen auch die Möglichkeit gibt, ihre erbrachte Qualität angemessen darzustellen.
- Aus der Analyse der Interviewten können taugliche Elemente der Pflege-transparenzkriterien generiert werden. Diese beziehen sich auf die prinzipielle Nützlichkeit, den MDK als Prüfinstanz, das Internet als Informationsquelle, die Stellungnahme der Einrichtungen und Dienste, die Vergabe von Noten sowie die Gestaltung (Layout).
- Die Evaluation schließt mit Empfehlungen für eine weitere Entwicklung der Pflege-transparenzkriterien ab, die differenziert werden in Empfehlungen aus wissenschaftlich-methodischer Sicht (Überprüfung/Nachweis von Gütekriterien des Instrumentes zur Erfassung von Transparenzkriterien, von Einzelkriterien des Instrumentes zur Erfassung von Transparenzkriterien, von Verfahrensanweisungen zur Erfassung von Transparenzkriterien, Überarbeitung der Berechnungssystematik/ Notenvergabe auf Kriteriumsebene, Überarbeitung der Berechnungssystematik / Notenberechnung auf Bereichsebene bzw. für eine Gesamtnote, Einbeziehung von Risikokriterien in die Berechnungssystematik/ Notenberechnung auf Bereichsebene bzw. für eine Gesamtnote, Überprüfung des gewählten Stichprobenverfahrens, Überprüfung des gewählten Datenerfassungs- und –übermittlungsverfahrens)
- und Empfehlungen aus wissenschaftlich-inhaltlicher Perspektive (mit Empfehlungen für das Instrument Pflege-transparenzkriterien, Heimbewohner-/Kundenbefragung, Darstellung (Layout) der Berichte).

## Inhaltsverzeichnis

1	Hintergrund und Auftrag der Evaluation.....	14
2	Transparenzinitiativen und Qualitätsberichte im Gesundheits- und Pflegewesen.....	24
2.1	Transparenzinitiativen und Qualitätsberichte: Bereich Krankenhaus .....	26
2.2	Qualitäts- und Transparenzinitiativen: Bereich ambulante und stationäre Langzeitpflege .....	40
2.3	Pflegesensitive Kriterien, Qualitätsindikatoren und Risikokriterien.....	52
2.4	Gegenwärtige Diskussion und Kritik: „Transparenzkriterien“ in Deutschland .	59
2.5	Zusammenfassung und Schlussfolgerungen .....	66
3	Design und Methoden.....	73
3.1	Beschreibung der Daten und Datenqualität .....	76
3.2	Qualitative Methodik.....	79
3.3	Quantitative Methodik .....	80
3.3.1	Definition und Wahl der Risikokriterien .....	82
3.3.2	Modelle und Berechnungspfade .....	89
4	Auswertung und Darstellung der Ergebnisse.....	92
4.1	Quantitative Auswertung und Darstellung der Daten .....	93
4.1.1	Gütekriterien .....	95
4.1.2	Itemanalyse .....	105
4.1.3	Stichprobenauswahl.....	123
4.1.4	Methodische Bewertung der Berechnungssystematik .....	139
4.1.5	Simulation von alternativen Bewertungsverläufen und Notenspektren .	145
4.1.6	Alternative Darstellung von Bewertungsprofilen .....	153
4.2	Qualitative Auswertung und Darstellung – Interviews (GfK).....	159
4.2.1	Kategorie „Nützlichkeit“ .....	159
4.2.2	Kategorie „Verständlichkeit“ .....	166
4.2.3	Kategorie „Vergleichbarkeit“ .....	176
4.2.4	Kategorie „Serviceleistungen und Pflegeangebote“ .....	182
4.3	Auswertung Protokolle Workshopergebnisse „Expertenworkshop am 22. Februar 2010“ und MDS-SEG 2 Abschlussbericht (2010).....	189
4.3.1	Expertenworkshop am 22. Februar 2010.....	190
4.3.2	MDS-SEG 2 Abschlussbericht (2010).....	195
5	Diskussion der Ergebnisse.....	199
5.1	Aussagekraft und Güte des Instrumentes .....	199
5.2	Berechnungssystematik.....	202
5.3	Stichprobenbildung .....	206
5.4	Simulation alternativer Berechnungspfade.....	209
5.4.1	KO-Kriterien in Transparenzkriterien.....	210
5.4.2	Risikokriterien in Transparenzinitiativen.....	211
5.4.3	Ergebnisse der Simulation alternativer Berechnungspfade .....	214

5.5	Bewohner-/ Kundenbefragung .....	216
5.6	Interviews der GfK mit ausgewählten Zielgruppen .....	225
5.6.1	Relevanz und Bedeutung der Transparenzberichte für Verbraucher ....	226
5.6.2	Interessen der Verbraucher .....	230
5.6.3	Gestaltungs- und Darstellungsmöglichkeiten (Layout) der Transparenzberichte .....	245
5.6.4	Komplexitätsreduzierung durch Entscheidungshilfen .....	254
6	Zusammenfassung und Empfehlungen.....	265
6.1	Zusammenfassung Datenanalyse.....	265
6.1.1	Zusammenfassung der quantitativen Datenanalyse, - auswertung und –diskussion .....	267
6.1.2	Zusammenfassung der qualitativen Daten: Datenanalyse, -auswertung und –diskussion – Interviews mit potenziellen Nutzer/ - innen (GfK) .....	276
6.2	Tauglichkeit der Pflege-transparenzkriterien, des Bewertungssystems und der Darstellung von Ergebnissen (Layout) .....	278
6.2.1	Tauglichkeit der Pflege-transparenzkriterien, des Bewertungssystems und der Darstellung von Ergebnissen aus wissenschaftlicher Perspektive .....	278
6.2.2	Tauglichkeit der Pflege-transparenzkriterien, des Bewertungssystems und der Darstellung von Ergebnissen aus Sicht der Befragten .....	278
6.3	Empfehlungen und Verbesserungspotenziale aus wissenschaftlicher Perspektive.....	281
6.3.1	Empfehlungen und Verbesserungspotenziale aus wissenschaftlich- methodischer Perspektive .....	281
6.3.2	Empfehlungen und Verbesserungspotenziale aus wissenschaftlich- inhaltlicher Perspektive .....	286
7	Literaturangaben.....	299
8	Anhang.....	309



## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Ergebnisse zu Wirkungen von Transparenzberichten .....	68
Tabelle 2: Definitionen Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität und Lebensqualität .....	84
Tabelle 3: Zuordnung Transparenzkriterien .....	87
Tabelle 4: Pfade der Evaluation .....	88
Tabelle 5: Exemplarische Modelle zur Berechnungssystematik.....	91
Tabelle 6: Qualitätsbereiche und Kriterien der Pflegetransparenzkriterien.....	94
Tabelle 7: Beispiele für Ausfüllanleitungen zu den Prüfkriterien.....	96
Tabelle 8: Reliabilitätskoeffizient Cronbachs Alpha für die Qualitätsbereiche der Pflege­transparenzkriterien.....	101
Tabelle 9: Deskriptive Kenngrößen pro Kriterium im stationären Fall über alle einbezogenen Einrichtungen .....	110
Tabelle 10: Bezeichnungen der Kriterien im stationären Fall mit geringer Differenzierung .....	111
Tabelle 11: Deskriptive Kenngrößen pro Qualitätsbereich im stationären Fall über alle einbezogenen Einrichtungen .....	112
Tabelle 12: Verteilung von Gesamtnote und schlecht bewertete Kriterien aus Q1 – Q4 im stationären Fall über alle einbezogenen Einrichtungen .....	113
Tabelle 13: Deskriptive Kenngrößen pro Kriterium im ambulanten Fall über alle einbezogenen Dienste.....	118
Tabelle 14: Bezeichnungen der Kriterien im ambulanten Fall mit geringer Differenzierung .....	119
Tabelle 15: Deskriptive Kenngrößen pro Qualitätsbereich in ambulanten Fall über alle einbezogenen Dienste .....	119
Tabelle 16: Verteilung von Gesamtnote und schlecht bewertete Kriterien aus Q1-Q3 im ambulanten Fall über alle einbezogenen Einrichtungen .....	120
Tabelle 17: Fallzahlen der einbezogenen Bewohner/Einrichtungen im stationären Fall über alle einbezogenen Einrichtungen.....	123
Tabelle 18: Fallzahlen der einbezogenen Bewohner/Einrichtungen pro Kriterium im stationären Fall über alle einbezogenen Einrichtungen.....	129
Tabelle 19: Bezeichnungen der Kriterien im stationären Fall, die auf geringen Stichprobengrößen (< 5 Bewohner) beruhen .....	130

Tabelle 20: Fallzahlen der einbezogenen Kunden pro Kriterium im ambulanten Fall über alle einbezogenen Dienste .....	133
Tabelle 21: Bezeichnungen der Kriterien im ambulanten Fall, die auf geringen Stichprobengrößen (< 5 Kunden) beruhen .....	138
Tabelle 22: Zuordnung Noten zu Skalenwerten .....	140
Tabelle 23: Mögliche Stichprobenumfänge und Noten für bewohner-/Kundenbezogene Kriterien (ohne Bewohner-/Kundenbefragung) .....	143
Tabelle 24: Notwendige Anzahlen/Anteile von Bewohnern/Kunden pro Kriterium für eine mangelhafte bzw. nicht mangelhafte Bewertung (ohne Bewohner /Kundenbefragung).....	145
Tabelle 25: Deskriptive Kennwerte zum Modell I .....	148
Tabelle 26: Deskriptive Kennwerte zum Modell II .....	149
Tabelle 27: Deskriptive Kennwerte zum Modell III.....	153

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Entwicklung und Umsetzung Pflege-transparenzkriterien (eigene Darstellung) .....	16
Abbildung 2: Formative Programmevaluation: Pflege-transparenzkriterien.....	75
Abbildung 3: Boxplots der Verteilung der Noten für die Qualitätsbereich Q1 – Q5 sowie für die Gesamtnote im stationären Fall .....	113
Abbildung 4: Parallelplots nach Risikokriterien im Notenbereichen sehr gut der Gesamtnote im stationären Fall.....	114
Abbildung 5: Parallelplots nach Risikokriterien im Notenbereichen gut (1,5 - 2,0) der Gesamtnote im stationären Fall.....	114
Abbildung 6: Boxplots der Verteilung der Noten für die Qualitätsbereich Q1 – Q4 sowie für die Gesamtnote im ambulanten Fall.....	120
Abbildung 7: Parallelplots nach Risikokriterien im Notenbereichen sehr gut (1,0- 1,5) der Gesamtnote im ambulanten Fall.....	121
Abbildung 8: Parallelplots nach Risikokriterien im Notenbereichen gut (1,5 - 2,0) ) der Gesamtnote im ambulanten Fall.....	122
Abbildung 9: Zusammenhang von Bereichsnote Q1 im Rohdatensatz und neu berechneter Bereichsnote auf Basis aggregierter Daten.....	146
Abbildung 10: Zusammenhang von neu berechneter Bereichsnote auf Basis aggregierter Daten und berechneten Bereichsnoten (Risikokriterien werden von oben nach unten 2fach, 5fach und 10fach gewichtet) .....	147
Abbildung 11: Zusammenhang von neu berechneter Bereichsnote auf Basis der ursprünglichen Bereichsnote und auf Basis aggregierter Daten und berechneter Bereichsnote nach Abwertung anhand von Risikokriterien.....	150
Abbildung 12: Parallelplots nach Risikokriterien im Notenbereichen sehr gut der Gesamtnote im stationären Fall.....	151
Abbildung 13: Parallelplots nach Risikokriterien im Notenbereichen gut (1,5 - 2,0) ) der Gesamtnote im stationären Fall.....	151
Abbildung 14: Zusammenhang von neu berechneter Bereichsnote auf Basis aggregierter Daten und berechneter Bereichsnote nach aggregierter Bereichsnote im reduzierten Modell (Modell nur Risikokriterien).....	152
Abbildung 15: Beispiele einer grafischen Darstellung von Bewertungen (Balkendiagramm, Parallelplot mit hinterlegten mittleren Werten).....	154
Abbildung 16: Beispiel I zur Darstellung von Risikokriterien als Profile .....	154

Abbildung 17: Beispiel II zur Darstellung von Risikokriterien.....	155
Abbildung 18: Beispiel III zur Darstellung von Risikokriterien.....	155
Abbildung 19: Beispielhafter Ausschnitt I einer grafisch-dynamischen Analyse von Bewertungen .....	157
Abbildung 20: Beispielhafter Ausschnitt II einer grafisch-dynamischen Analyse von Bewertungen .....	158

## 1 Hintergrund und Auftrag der Evaluation

Mit dem Inkrafttreten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes (PFWG) zum 01.07.2008 hat der Gesetzgeber mit § 115 Abs. 1a SGB XI intendiert, die Leistungen und die Qualität von Pflegeeinrichtungen in der Berichterstattung und Veröffentlichung für Pflegebedürftige und Angehörige transparenter, verständlicher und nachvollziehbarer zu gestalten. Es ist vor allem beabsichtigt, die Pflegeberichterstattung für Laien verständlich und nachvollziehbar zu präsentieren. Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen soll eine Entscheidungsbasis für die Wahl von Pflegeeinrichtungen und für eine Beurteilung der Qualität in diesen gegeben werden. Ein weiteres Ziel ist, eine bessere Vergleichbarkeit der Pflegeeinrichtungen sowohl für Pflegebedürftige und Angehörige als auch für Pflegeeinrichtungen selbst herzustellen. Hierzu wurde vom Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) u.a. im Internet der sogenannte „Pflegetotse“ geschaffen ([www.pflegetotse.de](http://www.pflegetotse.de)), mithilfe dessen u.a. die Prüfnote einzelner Dienste und Einrichtungen frei zugänglich und einsehbar sind. Weitere Portale sind der Pflegenavigator ([www.aok.de/bundesweit/gesundheit/pflege-navigator-12846.php](http://www.aok.de/bundesweit/gesundheit/pflege-navigator-12846.php)), die BKK-Pflegedatenbank Paula ([www.bkk-pflege.de/Paula/](http://www.bkk-pflege.de/Paula/)) und der Pflegekompass ([www.der-pflegekompass.de](http://www.der-pflegekompass.de)).

Die Komplexität der Entwicklung und Umsetzung der Pflegetransparenzkriterien wird in Abbildung 1 verdeutlicht. Der Prozess ist dadurch gekennzeichnet, dass definierte *Bedingungsfaktoren* wie Gesetzgebung, Gesundheits- und Pflegesystem, Leistungserbringer, Kostenträger und Verbraucher den *Input*, die *Aktivitäten*, die *Outputs* sowie die erzielten und wünschbaren *Outcomes*, die wiederum in kurzfristige, mittelfristige und langfristige unterteilt werden, beeinflussen. *Hindernisse und Barrieren* wirken auf die Elemente *Input*, *Aktivitäten* sowie *Output* und *Outcomes* ein. Zu den offensichtlichen *Hindernissen* und *Barrieren* sind die zeitlichen Vorgaben zu zählen sowie die nicht in einem ausreichenden Maße vorhandenen Indikatoren zur Messung der Ergebnisqualität und Lebensqualität in der Pflege und die fehlenden Erfahrungen mit Transparenzinitiativen in Deutschland. Zudem liegen bisher keine wissenschaftlich fundierten Evaluationsverfahren vor. Der Gesetzgeber hat den gesetzlichen und zeitlichen Rahmen für die Entwicklung und Umsetzung der Pflegetransparenzkriterien festgelegt. Als Zeitpunkt für die Veröffentlichung der Pflegetransparenzkriterien inklusive der Bewertungssystematik wurde in § 115, Abs.

1a der 30. September 2008 festgelegt. Damit ergab sich ein Zeitraum von drei Monaten für die Entwicklung und Umsetzung der Kriterien und der Bewertungssystematik. Mit einer Verzögerung von einigen Monaten wurden im Dezember 2008 die „Pflege-Transparenzvereinbarung stationär – PTVS vom 17. Dezember 2008“ und im Januar 2009 die „Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant – PTVA vom 29. Januar 2009“, die die Grundlage für die Berichterstellung, Notenvergabe und Veröffentlichung bilden, veröffentlicht.

Vor dem Hintergrund, dass in anderen Ländern, insbesondere den USA und Großbritannien über mehrere Jahre entsprechende Transparenzinitiativen gestartet und Erfahrungen gesammelt wurden (s. Kapitel 2), ist dieser Zeitraum als vergleichsweise kurz zu beurteilen. Die Entwicklung von wissenschaftlich fundierten Instrumenten und Qualitätsindikatoren, die valide und reliabel sind, nimmt in aller Regel einen längeren Zeitraum in Anspruch. Dazugehörige Schritte sind umfassende nationale und internationale Literaturrecherchen und –analysen, um die Evidenzlage zu bewerten sowie die Entwicklung eines Theorierahmens als Basis für die Entwicklung eines Instrumentes, Durchführung eines Pretests, Überprüfung der Gütekriterien des Instrumentes und möglicherweise die Überarbeitung und Anpassung des Instrumentes (Bortz & Döring 2009; Kirchhoff et al. 2008; Department of Education and Training 2009; National Quality Council 2009; Doran 2003). Dieser Prozess konnte aufgrund der vorgegebenen Fristen von den Beteiligten nicht eingehalten werden.

Inhaltlich wurde in § 115 Abs. 1a vom Gesetzgeber vorgegeben, dass die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sowie gleichwertige Prüfergebnisse nach § 114 Abs. 3 und 4 zugrunde zu legen sind. Das heißt, sie können durch in anderen Prüfverfahren gewonnenen Informationen, die ebenfalls die Leistungen und Qualität von Pflegeeinrichtungen ermitteln, insbesondere Ergebnis- und Lebensqualität, ergänzt werden. Dieser Passus impliziert, dass das Qualitätsverständnis sowie die Art und Weise der Qualitätsprüfung gemäß den Qualitätsprüfungsrichtlinien (QPR 2009) sowie vergleichbare und anerkannte Verfahren die grundlegende Basis für die Entwicklung und Umsetzung der und für das Verständnis von Qualität in den Pflegekriterien bilden.

Graphische Darstellung: Entwicklung und Umsetzung der Pflegetransparentenzkriterien

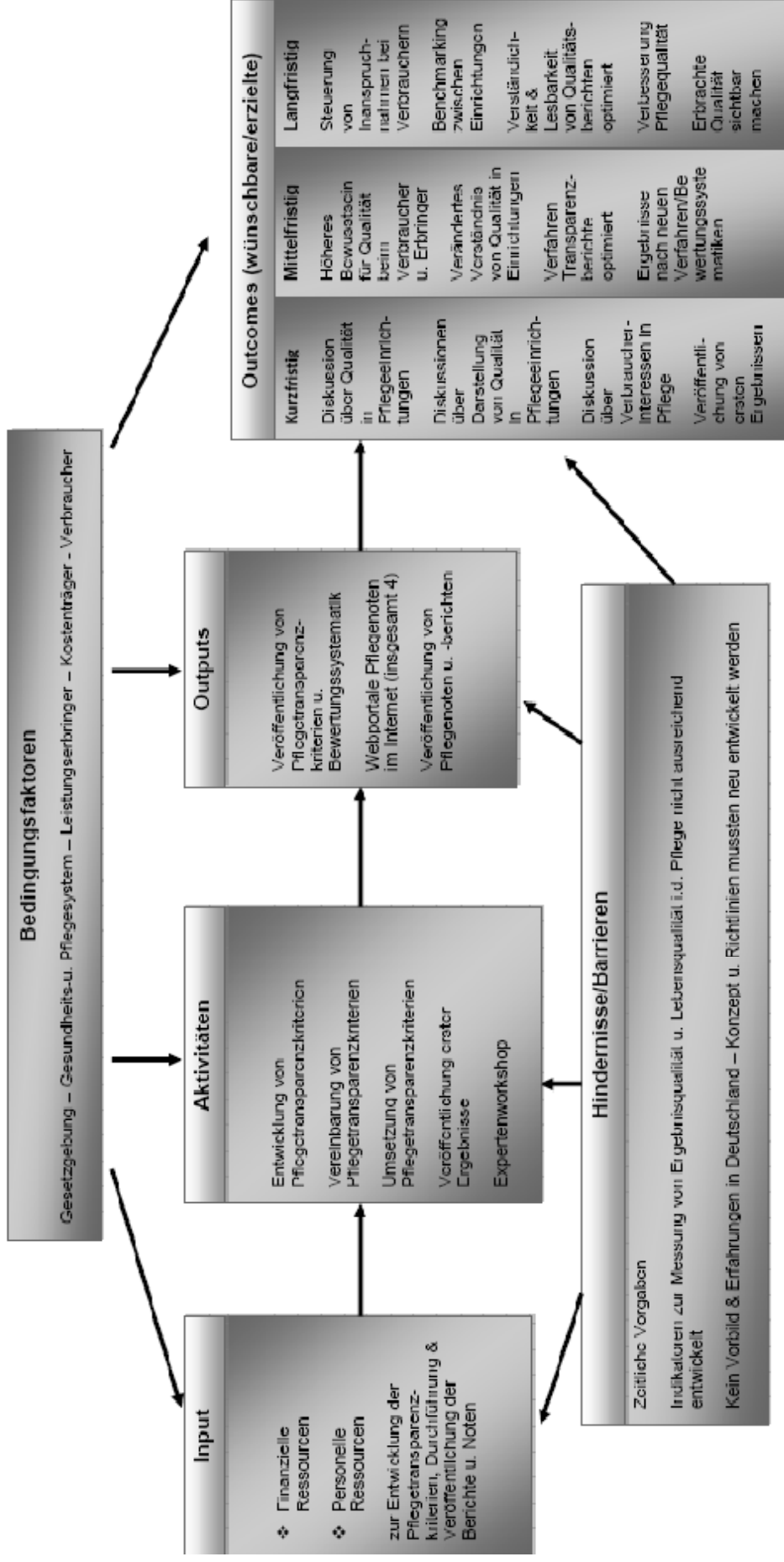


Abbildung 1: Entwicklung und Umsetzung Pflegetransparentenzkriterien (eigene Darstellung)

## Hintergrund und Auftrag der Evaluation

Die Gesetzgebung ist ein relevanter *Bedingungsfaktor*, da sowohl die Ziele als auch implizit die Inhalte wie zeitliche Ressourcen vorgegeben wurden und damit auch die Ausrichtung der Pflege-transparenzkriterien bestimmt haben.

In Abbildung 1 ist des Weiteren zu erkennen, dass von allen Beteiligten personelle und finanzielle Ressourcen investiert wurden, um den gesetzlichen Anforderungen nachzukommen (*Input*). Die *Aktivitäten* in diesem mehrmonatigen Zeitraum beinhalteten die Entwicklung von Pflege-transparenzkriterien, die Abstimmung und Vereinbarung der Kriterien inklusive Bewertungssystematik sowie die Veröffentlichung erster Ergebnisse und die Durchführung eines Expertenworkshops, um die ersten Erfahrungen zu diskutieren. Kennzeichnend für das bundesdeutsche Gesundheits- und Pflegesystem sowie der Gesetzgebung ist, dass die Kriterien und Bewertungssystematik in paritätischer Verantwortung unter Beteiligung sehr verschiedener Partner erarbeitet und vereinbart werden.

Diese sind:

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Vereinigung der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, die Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen, unabhängige Verbraucherorganisationen auf Bundesebene, der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene.

Mit anderen Worten, unterschiedliche Perspektiven, Positionen und Interessen mussten in einem relativ kurzen Zeitraum auf einen Nenner gebracht werden, um das Anliegen, für Verbraucher verständliche, übersichtliche und vergleichbare Darstellungen der Leistungen und deren Qualität von Pflegeeinrichtungen zu veröffentlichen, nachkommen zu können. Vor diesem Hintergrund ist anzunehmen, dass die Berücksichtigung und Integration wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Entwicklung und Umsetzung eines neuen Instrumentes eher marginal erfolgen konnte. Aufgrund mangelnder Erfahrungen in Deutschland mit der Veröffentlichung von Qualität und Leistungen von Einrichtungen in der Langzeitpflege musste ein neues Verfahren auf der Grundlage der Qualitätsprüfungsrichtlinien des



## Hintergrund und Auftrag der Evaluation

Medizinischen Dienstes der Krankenkassen und/oder vergleichbarer und anerkannter Prüfverfahren in kurzer Zeit erstellt und vereinbart werden. Ebenso kurzfristig erfolgten die Umsetzung und die Veröffentlichung der ersten Ergebnisse.

Wie Kapitel 2 zeigt, sind auch die Erfahrungen im internationalen Raum hinsichtlich Transparenzinitiativen in der Langzeitpflege nicht umfassend vorhanden. Es fehlen systematische Erkenntnisse über Wirkungen von veröffentlichten Ergebnissen auf Verbraucher und Einrichtungen sowie Erkenntnisse darüber, welche Form der Veröffentlichung sich als geeignet für die unterschiedlichen Ziele und Zielgruppen erweist. Darüber hinaus ist eine Übertragung dieser Ergebnisse auf Deutschland aufgrund unterschiedlicher Gesundheits- und Pflegesysteme diffizil und muss sorgsam geprüft werden.

Als Fazit kann festgehalten werden, dass die begrenzten zeitlichen Vorgaben sowie die geringen vorhandenen Erfahrungen mit Transparenzinitiativen in der Langzeitpflege im nationalen wie internationalen Raum als *Hindernisse und Barrieren* für eine wissenschaftlich fundierte und systematische Entwicklung und Umsetzung der Pflege-transparenzkriterien formuliert werden können. Ein weiteres Hindernis ist unter anderem, dass pflegesensitive Indikatoren zur Messung von Ergebnisqualität und Lebensqualität in der Pflege nicht ausreichend entwickelt sind, so dass diese nicht als Grundlage für die Pflege-transparenzkriterien hinreichend berücksichtigt werden konnten (Kapitel 2).

*Erzielte Outcomes* sind bisher, dass eine kritische Diskussion über Qualität, sowohl der Darstellung von Qualität und Leistungen in den Einrichtungen als auch über Verbraucherinteressen und angemessene, nachvollziehbare und verständliche Veröffentlichungen von Ergebnissen stattfindet. Die mittel- und kurzfristigen Outcomes werden erst im Laufe der Zeit erkennbar werden, wenn mehr Erfahrungen mit den Transparenzkriterien vorhanden sind und diese auch stärker ins Bewusstsein der Öffentlichkeit und Fachöffentlichkeit vorgedrungen sind sowie eine stärkere wissenschaftliche und systematische Fundierung stattfindet. Die Diskussion über die Pflege-transparenzkriterien wird in der Öffentlichkeit und Fachöffentlichkeit sehr kritisch geführt. Die zahlreichen Pressemitteilungen, die während der Phase der wissenschaftlichen Evaluation veröffentlicht wurden, zeugen davon. Die hauptsächliche Kritik bezieht sich auf das Berechnungsverfahren sowie einer

## Hintergrund und Auftrag der Evaluation

Diskrepanz zwischen Qualitätsberichten und Transparenzberichten und entsprechenden Noten. Vielfach wird aufgrund der Erfahrungen in der Presse eine Einstellung des Verfahrens gefordert (Kapitel 2.4). Ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren anhand pflegesensitiver validierter Bewertungskriterien kann langfristig jedoch auch die Chance bieten, dass Qualität von Pflegeeinrichtungen ein transparenter und selbstverständlicher Beurteilungsfaktor wird, der den bewerteten Einrichtungen auch die Möglichkeit gibt, ihre erbrachte Qualität angemessen darzustellen.

Zusammenfassend kann formuliert werden, dass eine wissenschaftliche Evaluation auf Bundesebene zurzeit noch aussteht, aber aufgrund der kritischen Diskussion in Fachöffentlichkeit und Öffentlichkeit als sehr relevant erscheint, um systematische Grundlagen für eine Bewertung der bisher angewandten Pflege-Transparenzvereinbarungen und möglichen Weiterentwicklungen zur Verfügung zu stellen.

Zu diesem Zweck wurde vom Auftraggeber (GKV-SV) eine wissenschaftliche Evaluation zur Beurteilung der Pflege-Transparenzvereinbarungen für den ambulanten (PTVA) und stationären (PTVS) Bereich vergeben. Der Auftrag der wissenschaftlichen Evaluation ist eine wissenschaftliche Auswertung der Pflegetransparenzvereinbarungen unter Einbeziehung u.a. der Ergebnisse der Evaluation zum Layout der Transparenzberichte und des Expertenworkshops sowie der weiteren zur Verfügung gestellten Daten (Transparenzdaten aus bundesweit 928 Qualitätsprüfungen in stationären Einrichtungen aus den Monaten August/September 2009; Transparenzdaten aus bundesweit 231 Qualitätsprüfungen in ambulanten Diensten aus den Monaten Oktober/November 2009; ausgewählte Transparenzberichte zur qualitativen Analyse von stationären Einrichtungen (21) und ambulanten Diensten (5), zusammenfassende Bewertungen von Zwischenergebnissen der Evaluation der Transparenzvereinbarungen für die stationäre und ambulante Pflege (von Dr. K. Wingenfeld).

Die **Ziele** der wissenschaftlichen Evaluation sind im Einzelnen:

Es werden systematische Aussagen darüber gemacht, inwiefern die Pflege-Transparenzkriterien die Anforderungen erfüllen,

- für Pflegebedürftige und Angehörige eine relevante und sinnhafte Basis darzustellen, um sich Informationen über Pflegeeinrichtungen zu beschaffen und diese auf dem Hintergrund individueller Erwartungen und Kriterien zu bewerten,
- die Leistungen und Qualität (insbesondere Ergebnis- und Leistungsqualität) der Pflegeeinrichtungen nachvollziehbar und angemessen abzubilden,
- auf der Grundlage der formulierten Kriterien und Bewertungssystematik eine nachvollziehbare, personenunabhängige und differenzierte Benotung und Berichterstattung vorzunehmen.

Innerhalb eines sehr kurzen Zeitrahmens werden folgende **Fragen** beantwortet:

- Inwieweit sind die in den Pflege-Transparenzvereinbarungen ambulant (PTVA) und stationär (PTVS) gewählten Qualitätskriterien, das Bewertungssystem sowie das Layout<sup>1</sup> der Transparenzberichte geeignet, die von den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität für Pflegebedürftige, ihre Angehörigen oder Mitarbeiter/innen in Pflegestützpunkten verständlich, übersichtlich und vergleichbar darzustellen?
- Welche Elemente der Pflege-Transparenzvereinbarungen ambulant (PTVA) und stationär (PTVS) haben sich aus wissenschaftlicher Perspektive bewährt?
- Gibt es Verbesserungspotenziale? Wenn ja, sind aus wissenschaftlicher Perspektive Aussagen zur Prioritätensetzung sinnvoll?

Eine sekundäranalytische Auswertung von zur Verfügung gestellten Daten und eine umfassende nationale und internationale Literaturrecherche werden die Beantwortung der Fragen im Prozess der Evaluation leiten. Bei den zur Verfügung

---

<sup>1</sup> Mit Layout wird im Folgenden aus Gründen der Leseerleichterung die umfassende Darstellung der Ergebnisse der Pflegetransparenzberichte auf medialer Ebene gemeint, d.h. auch multidimensionale Präsentationen und Zugangswege, die über die zweidimensionale Darstellung hinausgehen.

gestellten Materialien ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass sich aus Umfang und Art der Materialien/Daten Limitationen in den Analysen ergeben.

Weitere vom Auftragnehmer als relevant erachtete Fragestellungen sind ausdrücklich vom Auftraggeber formuliert, **nicht Gegenstand** der **wissenschaftlichen Evaluation**.

Aus der Perspektive der Auftragnehmerinnen ist für eine wissenschaftliche Evaluation eine Reihe von weiteren Fragestellungen von Relevanz, wenn sie angemessen und sinnvoll durchgeführt werden sowie adäquate und systematische Ergebnisse liefern soll. Diese sind bspw.:

Der Gesetzgeber hat beabsichtigt, mit der Notenvergabe und Veröffentlichung der Berichte auch den Wettbewerb und damit die Inanspruchnahme der Verbraucher<sup>2</sup> zu steuern. Dahinter liegt die Idee, dass Pflegebedürftige und Angehörige sich die „beste“ Pflegeeinrichtung suchen. Es sollte die Frage beantwortet werden, ob die Berichte und Noten für Pflegebedürftige und Angehörige eine steuernde Wirkung für die Wahl der Einrichtungen haben. Diese Frage kann beantwortet werden über eine Befragung von Pflegebedürftigen und Angehörigen. Auch kann die Relevanz der Berichte und Veröffentlichung über eine Befragung der Zielgruppe gezielter erfasst werden. Des Weiteren wäre es möglich zu untersuchen, ob die Schulnoten den Erwartungen und Wahlkriterien der Verbraucher entsprechen. Hierbei wäre auch die explizite Einbeziehung von relevanten Outcomekriterien (z.B. erweiterter Barthel Index oder gesundheitsbezogene Lebensqualität, etc.) denkbar. Erfahrungsgemäß nimmt die Zeit für eine Rekrutierung einer Stichprobe für beide Gruppen einen längeren Zeitraum in Anspruch. Der Zugang zu den Zielgruppen muss angemessen gewählt werden. Die Ergebnisse ließen allerdings einen weiteren fruchtbaren Aspekt auf die Frage der Wirksamkeit der Transparenzkriterien zu, da die Verbraucherperspektive mit einer Befragung dieser Art dezidiert eingeschlossen wird. Konkret könnten folgende Fragen Inhalt einer wissenschaftlichen Evaluation sein: Haben die Pflege-Transparenzberichte steuernde Wirkungen bei Pflegebedürftigen und Angehörigen hinsichtlich der Wahl der Einrichtungen und Dienste? Welche steuernden Wirkungen haben die Pflege-Transparenzberichte bei

---

<sup>2</sup> Aus Gründen der Lesbarkeit sind in der vorliegenden Evaluation die personalen Begriffe geschlechtsneutral, also männlich und weiblich, gemeint und zu lesen.

Pflegebedürftigen und Angehörigen hinsichtlich der Wahl der Einrichtungen und Dienste?

Die Perspektive der Einrichtungen bzw. der Mitarbeiter/innen wird bei dieser Bewertung nicht erfasst. Eine Integration der Sichtweisen der Pflegeeinrichtungen und der Mitarbeiter/innen sowie deren Erfahrungen mit der Bewertung und Benotung könnte eine weitere Facette in die wissenschaftliche Evaluation der Pflege-Transparenzkriterien hineinbringen. Es wäre möglich zu untersuchen, inwiefern die Pflege-Transparenzkriterien, die Benotung und Veröffentlichung zu Benchmarking führen und auf diese Weise zu Bestrebungen, weitere Maßnahmen der Qualitätsverbesserung in den Pflegeeinrichtungen durchzuführen und die Qualität der Pflege weiter zu verbessern. Konkret könnten folgende Fragen Inhalt einer wissenschaftlichen Evaluation sein: Inwiefern führen die Pflege-Transparenzkriterien, die Benotung und Veröffentlichung zu Benchmarking und auf diese Weise zu Bestrebungen, weitere Maßnahmen der Qualitätsverbesserung in den Pflegeeinrichtungen durchzuführen und die Qualität der Pflege weiter zu verbessern?

Eine weitere Kritik der Pflege-Transparenzvereinbarungen in Öffentlichkeit und Fachöffentlichkeit entzündet sich an der Wahl der Kriterien. Für eine Weiterentwicklung der Pflege-Transparenzkriterien ist von hoher Relevanz die Frage zu beantworten, ob die gewählten Kriterien die Qualität widerspiegeln, die erfasst werden soll bzw. ob die Art der Formulierung der Kriterien die Qualität misst, die gemessen werden soll? Dahinter steht die Frage, ob eine andere Bewertungssystematik zu ähnlichen Ergebnissen führt. Konkret könnten folgende Fragen Inhalt einer wissenschaftlichen Evaluation sein: Spiegeln die gewählten Kriterien angemessen die Qualität wider, die erfasst werden soll? Misst die Art der Formulierung der Kriterien die Qualität, die gemessen werden soll? Wie objektiv, reliabel und valide ist das Instrument zur Darstellung von Qualität?

Demgemäß können in dieser Evaluation Fragen nicht beantwortet werden, die ebenfalls von Bedeutung und von großem Interesse sind, um die Pflegetransparenzkriterien umfassend wissenschaftlich zu beurteilen. Die Auftragnehmerinnen sind in vielfacher Hinsicht in der wissenschaftlichen Evaluation limitiert. Diese Limitierungen betreffen die zeitlichen Ressourcen; die Daten, da vor allem zur Verfügung gestellte Daten sekundäranalytisch ausgewertet werden und

## Hintergrund und Auftrag der Evaluation

eigene Datenerhebungen nicht durchgeführt werden können; die Qualität der zur Verfügung gestellten Daten; die politischen Prozesse im zeitlichen Verlauf, die insbesondere die Diskussionen um die Weiterentwicklung der Pflege-transparenzkriterien betreffen u.v.m. Mit anderen Worten, auf die Fragestellungen können nur insoweit Antworten gegeben werden wie es die zur Verfügung gestellten Daten zu lassen. Es ist zu erwarten, dass in dieser Evaluation erzielte Ergebnisse und formulierte Empfehlungen unter Vorbehalt ausgearbeitet werden können und weitere differenziertere Erkenntnisse notwendig sind, wenn das Instrument auf einer wissenschaftlichen Basis beruhen soll. Gleichwohl werden im abschließenden Kapitel ein Ausblick bzw. Empfehlungen für weitere Fragestellungen in dieser Evaluation vorgenommen, um den Blick auf weitere Entwicklungspotenziale der Pflege-transparenzkriterien aus wissenschaftlicher Perspektive zu geben.

## **2 Transparenzinitiativen und Qualitätsberichte im Gesundheits- und Pflegewesen**

Für eine Darstellung des Stands der Forschung wird eine internationale und nationale narrative Literaturrecherche und -analyse auf der Basis qualitativ-heuristischer Sozialforschung durchgeführt. Da die Erfahrungen mit Transparenzinitiativen auch im internationalen Raum noch jung sind und wesentliche Fragestellungen über Wirkungen auf Verbraucher und Qualität der Einrichtungen noch nicht beantwortet sind, stellt eine narrative Literaturrecherche und -analyse eine geeignete Wahl dar. Das Ziel ist, eine Übersicht über den Forschungsstand zu unterschiedlichen Aspekten von Transparenzinitiativen und Qualitätsberichten im Gesundheitswesen im nationalen und internationalen Raum und deren Wirkungen als Grundlage für weitere Schritte der vorliegenden wissenschaftlichen Evaluation zu präsentieren.

Folgende Einschlusskriterien sind für die Literaturrecherche leitend: Veröffentlichungen und Studien, die die Frage der Wirkungen von Transparenzinitiativen und veröffentlichten Qualitätsberichten in Bezug auf Einrichtungen des Gesundheitswesens, Verbraucher und Qualität der Gesundheits- und Pflegeversorgung untersuchen. Darüber hinaus werden Publikationen in deutscher und englischer Sprache von 2009 bis 1999 berücksichtigt, da zum Zeitpunkt der Recherche noch keine Veröffentlichungen aus dem Jahre 2010 zu erhalten waren. Einige der einbezogenen Übersichtsarbeiten haben Studien von 1999 bis 1996 integriert, so dass diese nicht mehr recherchiert wurden. Auch kann davon ausgegangen werden, dass seit Mitte der 90er Jahre viele Entwicklungen eingetreten sind, die erst in späteren Stadien und Publikationen einbezogen werden konnten. Folgende Fragen leiten die Literaturrecherche und -analyse:

- Welche Erfahrungen liegen im nationalen und internationalen Raum zum Thema Transparenzinitiativen in der Pflege und Langzeitpflege vor?
- Welche Ergebnisse zur Wirkung von Transparenzinitiativen im Bereich der Kliniken sowie der ambulanten und stationären Langzeitpflege liegen vor?

Es wird eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken Pubmed, Medpilot, Cinahl, Health Source Consumer, Springer Link, Health Source Nursing und den Wiley Intersciences Journals mit den Stichworten „nursing“, „transparency“, „quality“, „report cards“, „effects“ in deutscher und englischer Sprache durchgeführt, die entsprechend kombiniert werden. Die Suchstrategie folgt qualitativ-heuristischen Verfahrensweisen. Mit anderen Worten, aufgrund des Forschungsstands geht es darum, Gemeinsamkeiten zu diesem Thema zu entdecken und systematische Erfahrungen im internationalen Raum zu explorieren. Des Weiteren wird relevante Literatur aus den Veröffentlichungen, die nicht über die Datenbankrecherche entdeckt werden, aus den Referenzen der Literaturquellen extrahiert und für die Analyse herangezogen und sukzessive ausgewertet. Bereits nach kurzer Zeit ist eine Datensättigung zu erkennen, da sich die Autoren in vielen Fällen aufeinander und auf identische Literatur beziehen. Sehr schnell wird sichtbar, dass in den USA die meisten Erfahrungen mit der Veröffentlichung von Qualitätsberichten vorliegen, die entsprechend veröffentlicht worden sind, gefolgt von Großbritannien.

Trotz fast zwei Jahrzehnte wählender Erfahrungen in der Veröffentlichung von Qualitätsberichten und Bewertungen in der Gesundheitsversorgung in den USA und in Großbritannien sind die intendierten Wirkungen nicht umfassend empirisch belegt (Marshall et al. 2000; Werner & Asch 2005; Colmers 2007; Fung et al. 2008).

Werner & Asch (2005) fassen die Forschungslage wie folgt zusammen:

*„...the impact of public reporting on care is assumed but has not been demonstrated. Despite the enthusiastic support for the public release of performance measures and extensive adoption of quality measurement and reporting little research examines the effect of public reporting on the delivery of health care and even less examines how report cards may improve care.“ (Werner & Asch 2005:1239)*

Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse der Analyse und Auswertung für den Bereich der Krankenhäuser dargestellt, da in diesem die meisten Erfahrungen und Veröffentlichungen vorliegen. Es ist anzunehmen, dass Erkenntnisse auf den Bereich der Langzeitpflege übertragen werden können bzw. in der Entwicklung eines öffentlichen Berichtssystems auf diese Erfahrungen rekurriert wird.



## 2.1 Transparenzinitiativen und Qualitätsberichte: Bereich Krankenhaus

Das öffentliche Berichtssystem zur Qualität im Gesundheitswesen bzw. im Bereich der Krankenhäuser zielt auf unterschiedliche Gruppen ab, wie bspw.:

- Verbraucher, die diese Informationen für Entscheidungen nutzen
- Leistungserbringer, die diese Berichte als Feedbackschleifen für verbesserte Leistungen in der Qualität sowie für entsprechende Empfehlungen nutzen
- Gesundheitspolitik und Entscheidungsträger im Gesundheitswesen, die in der Verantwortung stehen, die Performanz des Systems zu bewerten und entsprechend zu finanzieren.

Gesundheitspolitik und Kostenträger verfolgen mit den Transparenzinitiativen im Gesundheitswesen folgende Ziele: 1) Leistungserbringer dabei zu unterstützen, ihre Performanz durch Benchmarking der Einrichtungen gegeneinander zu verbessern, 2) Kostenträger (privat oder öffentlich) zu unterstützen, Qualität und Effizienz zu belohnen, 3) Verbraucher/Patienten/Klienten zu unterstützen, informierte Entscheidungen über ihre Gesundheitsversorgung zu treffen und 4) Wettbewerb in der Gesundheitsversorgung zu befördern (Colmers 2007). Marshall et al. (2003) führen noch weitere Ziele hinzu. Demnach ist mit der Veröffentlichung von Qualitätsberichten unter anderem intendiert, die Rechenschaftspflicht und Verantwortlichkeit der Leistungserbringer zu erhöhen. Diese Daten ermöglichen es Verbrauchern/Patienten, Kostenträgern und anderen, die Leistungserbringer zur Rechenschaft zu ziehen, wenn sie Leistungen in Anspruch nehmen oder finanzieren. Das weitere Ziel ist, Standards zu erhalten oder Verbesserungen in der Qualität der Gesundheitsversorgung zu stimulieren (Marshall et al. 2003).

Die Publikationen zu Qualitäts- und Transparenzinitiativen für den Bereich Krankenhaus lassen sich in drei Kategorien unterteilen: a) Wirkungen auf die Qualität der Krankenhäuser, b) Wirkungen auf die Verbraucher/Klienten/Patienten, c) Aufbau und Darstellung der Transparenzberichte.

*a) Wirkungen der Qualitäts- und Transparenzberichte auf die Qualität der Krankenhäuser*

Hibbard et al. (2005) fragen, welche Effekte die Veröffentlichung von Qualitätsberichten auf Initiativen von Krankenhäusern zur Verbesserung der Versorgungsqualität haben. Für Krankenhäuser deuten Forschungsergebnisse daraufhin, dass die Veröffentlichung von Qualitätsdaten dazu führt, dass diese innerhalb von 9 Monaten nach Publikation der Ergebnisse Aktivitäten zur Qualitätsverbesserung anstreben und durchführen (auch zu lesen bei Marshall et al. 2000; Marshall et al. 2003). Ein ähnliches Ergebnis zeigt die Studie von Hibbard et al. (2003), die die Autoren in Wisconsin durchgeführt haben. Demnach führen veröffentlichte Berichte in Bereichen, in denen Kliniken nicht so gut abgeschnitten haben, zu intensivierten Maßnahmen der Qualitätsverbesserung. Voraussetzung für entsprechende Maßnahmen ist, dass zum einen die Berichte breit veröffentlicht werden. Zudem müssen die Berichte so gestaltet werden, dass auf Anhieb erkennbar ist, wer im Ranking an erster Stelle steht und damit die beste Performanz hat. Auf diese Weise wird nach Ansicht der Autoren das öffentliche Image der Kliniken beeinflusst und möglicherweise Qualitätsverbesserungsmaßnahmen stimuliert. Darüber hinaus müssen die Kliniken wissen, dass kontinuierlich weitere Berichte in der Folge veröffentlicht werden.

Eine telefonische Befragung von Klinikleitungen in den USA zeigt, dass Veröffentlichungssysteme diese unterstützen, sich mehr auf Qualitätsthemen zu fokussieren. Die Berichte motivieren dazu, mehr in Qualitätsverbesserungsmaßnahmen zu investieren, eher Praxisleitlinien zu berücksichtigen und die Ergebnisse der Qualitätsmessungen dem Personal mitzuteilen. Sie verändern in den Kliniken offensichtlich das Verständnis von Qualität (Laschober et al. 2007).

Fung et al. (2008) halten als Ergebnis ihrer Übersichtsarbeit fest, dass in den USA und Kanada ein öffentliches Berichtswesen über die Qualität Krankenhäuser dazu motiviert, Maßnahmen der Qualitätsverbesserung durchzuführen. Allerdings scheinen diese Ergebnisse nicht für alle Länder mit öffentlichem Berichtswesen zu gelten. In England gibt es Hinweise darauf, dass schlechtere Ergebnisse als entmutigend oder abschreckend für die Durchführung von

Verbesserungsmaßnahmen empfunden werden (s. auch Mannion et al. 2005). Auch der Zusammenhang von veröffentlichten Berichten und Auswirkungen auf Outcomes sind gemischt und dieser kann nicht eindeutig hergestellt werden. Abhängig vom Design der Studie (Risikoadjustierung berücksichtigt/nicht berücksichtigt), Bundesstaat, Programm der Transparenzinitiative und Anbieter fallen die Ergebnisse in den USA unterschiedlich aus. In einigen Fällen gibt es Verringerungen der Mortalitätsraten, in anderen nicht. Auch wird über nicht intendierte Folgen berichtet. In einigen Studien konnte beobachtet werden, dass sehr kranke Menschen nicht zur Behandlung aufgenommen wurden bzw. in Kliniken außerhalb des Bundesstaates überwiesen wurden, um Outcomes und Qualitätsergebnisse für das eigene Krankenhaus zu verbessern (Fung et al. 2008).

Eine Befragung von Mannion et al. (2005) von Mitarbeitern und Verantwortlichen in Kliniken, wie der Einfluss der Bewertung durch Vergabe von Sternen empfunden wird, um die Qualität von Akutkrankenhäusern in England zu bewerten, fällt kritisch aus.<sup>3</sup> Das Personal ist vielfach der Ansicht, dass in diesem System nicht alle Aspekte der Versorgung berücksichtigt worden sind, so dass einige exzellente Praktiken nicht gemessen und in der Bewertung Berücksichtigung gefunden haben. Des Weiteren ist ein Ergebnis, dass das Gefühl vorhanden ist, dass die lokalen Faktoren und Bedingungen nicht in die Messung integriert werden. Das System der Messung und Darstellung wird als zu pauschalierend und mechanisch empfunden. Auch wird in der Befragung angegeben, dass einige Krankenhäuser bestimmte Daten nicht angeben oder Prozesse manipulieren, um ein besseres Ergebnis zu erzielen (bspw. Absage von Operationen). In einigen Fällen führen die Ergebnisse zu dysfunktionalen Konsequenzen wie Bullying und Unterdrückung, Erosion des öffentlichen Vertrauens und Moral des Personals, Gettoisierung und Entwicklung von Fehlanreizen für Verbesserungen. Auch führe es in einigen Fällen zu einem Tunnelblick in den Kliniken, d.h. sie setzen die Schwerpunkte auf die Bereiche der externen Bewertung, um entsprechende Kriterien zu erfüllen, andere Bereiche werden vernachlässigt. Positive Aspekte sind der Befragung zur Folge, dass einige Krankenhäuser das Bewertungssystem nutzen, um Veränderungsmaßnahmen zu initiieren oder als

---

<sup>3</sup> In England werden seit September 2001 die Qualität der Krankenhäuser mit einem 5 Sterne System dargestellt (Mannion et al. 2005).

Begründungsgrundlage für Veränderungen oder Investitionen für Ressourcen heranziehen.

Zur Forschungslage über Effektivität von veröffentlichten Qualitätsberichten auf klinische Outcomes in der Versorgung äußern sich Pham et al. (2006). Es gibt zwar Hinweise darauf, dass sich in einigen Bereichen die Performanz in den Kliniken seit der Veröffentlichung von Qualitätsberichten verbessert hat. Jedoch ist kein kausaler Zusammenhang nachgewiesen worden. Viele Kliniken haben Ressourcen in die Berichtssysteme investiert ohne dass es eine fundierte Evidenz gibt, dass die individuellen Programme sich dadurch verbessert haben. Aber auch diese Publikation hält als ein Ergebnis fest, dass die Berichte dazu führen, dass Kliniken Organisationskulturen verändern und sich die Einstellung des Personals gegenüber Qualitätsindikatoren durch die Veröffentlichungen verändert. Krankenhausleitungen investieren mehr Ressourcen in Qualitätsindikatoren sowie Feedback und Verantwortlichkeits- bzw. Rechenschaftsmechanismen.

*b) Wirkungen auf die Verbraucher/Klienten/Patienten*

Die Wirkungen der Qualitätsberichte auf Verbraucher sind der Literaturlage zur Folge nicht ganz eindeutig. Auf der einen Seite gibt es Erkenntnisse, dass Verbraucher diese oftmals nicht nutzen und skeptisch gegenüber den Ergebnissen sind (Schauffler & Mordavsky 2001; Marshall et al. 2003). Schauffler & Mordavsky fassen zusammen:

*„The evidence on the impact of providing consumers with information on health care quality using report cards is limited, largely negative, often contradictory. Although some studies identify the specific performance indicators consumers consider to be most important in selecting a health plan, others find that consumers do not use these indicators in practice.” (Schauffler & Mordavsky 2001:73)*

Auf der anderen Seite weisen Verbraucherbefragungen daraufhin, dass diese zwei Monate nach Veröffentlichung ihre Sichtweisen über die betreffenden Krankenhäuser verändern und in der Lage sind, die Bewertungen und Rankings wiederzugeben. Ein interessantes Ergebnis ist, dass die befragten Verbraucher eher in der Lage sind, die Einrichtungen wiederzugeben, die schlecht abgeschnitten haben (Hibbard et al.

2005). Hibbard et al. (2005) berichten über Transparenzinitiativen, die für Verbraucher nützlich sind, um sich Informationen über Gesundheitseinrichtungen zu verschaffen. Eine Initiative in Wisconsin (USA) hat die Kliniken, die am besten abgeschnitten haben farblich gekennzeichnet, so dass auf Anhieb erkennbar war, welche Klinik am besten bzw. am schlechtesten abgeschlossen hat. Des Weiteren wurden die Ergebnisse und Berichte breit in den Medien veröffentlicht. Zudem waren in zwei Bereichen (Geburtshilfe und Kardiologie) große Varianzen in den Performanzergebnissen erkennbar. Diese Varianzen sowie die farbliche Kennzeichnung besonders guter Krankenhäuser und die breite mediale Veröffentlichung der Qualitätsergebnisse haben offenbar das öffentliche Interesse geweckt. In Großbritannien gibt es Hinweise darauf, dass jüngere und gut gebildete Personengruppen die Informationen nutzen. Die Ergebnisse dieser Publikation weisen aber auch daraufhin, dass das Interesse der Öffentlichkeit nach einem längeren Zeitraum nachlässt. Dies wird damit begründet, dass diese eher auf aktuelle Informationen reagiert (Marshall et al. 2003). Auch gibt es Anhaltspunkte in einer Studie, dass Patienten entgegen Erwartungen Krankenhäuser für eine Operation aussuchten, obwohl diese höhere Mortalitätsraten als erwartet und im Vergleich mit anderen Kliniken aufwiesen. Die befragten Patienten konnten nicht angeben, auf welcher Basis sie ihre Wahl des Krankenhauses begründeten. Ganz offensichtlich lassen sich Patienten mehr von anekdotischen Berichten und Erfahrungen von Familie und Freunden als von risikoadjustierten Mortalitätsraten leiten. Insgesamt ist das mangelnde Interesse der Verbraucher an Qualitätsberichten nicht einfach zu interpretieren. Möglicherweise liegen die Gründe in der Natur der Information, mangelndem Vertrauen in die Daten, Probleme, auf die Informationen zeitgerecht zugreifen zu können und mangelnden Wahlmöglichkeiten (Marshall et al. 2000; Werner & Asch 2005).

Hinsichtlich der Wirkung von Qualitätsberichten auf Verbraucher ist die Auswahl von Qualitätsindikatoren von hoher Relevanz. In vielen Fällen dienen die Indikatoren überwiegend den Bedürfnissen der Einrichtungen und weniger denen der Patienten (Ireson et al. 2002). Patienten wertschätzen Informationen der Risikovermeidung besser als Informationen, die eine „bessere“ Gesundheit bzw. positiven Nutzen thematisieren (Schauffler & Mordavsky 2001; Ireson et al. 2002). Mit anderen Worten, Verbraucher fällen ihre Entscheidung für oder gegen eine Einrichtung eher

auf der Basis von Indikatoren, die vergleichend darstellen, welche davon in risikobehafteten Bereichen besser abschneiden, bspw. in Bezug auf adverse Geschehnisse, medizinische Fehler oder iatrogene Effekte (Schauffler & Mordavsky 2001). Aus welchen Gründen Patienten eher an Daten interessiert sind, die Risikovermeidung darstellen und weniger die positiven Aspekte der Gesundheitsversorgung, ist noch fraglich. Möglicherweise haben die Leistungserbringer die positiven Outcomes nicht ausreichend kommuniziert, so dass die Patienten nicht wissen, was sie erwarten können. Aus diesem Grunde werden sie ihre Entscheidungen wahrscheinlich auf die Informationen gründen, die am meisten diskutiert werden, nämlich die Probleme und Risiken in der Gesundheitsversorgung. Der Übersichtsarbeit von Schauffler & Mordavsky zur Folge verstehen Verbraucher Ergebnisse über Zufriedenheitsbefragungen besser als quantitative Ergebnisse klinischer Indikatoren (2001). Berwick et al. (2003) führen unterschiedliche Gründe an, die möglicherweise dazu führen, dass Verbraucher bzw. Klienten an den Qualitätsdaten in der Entscheidungsfindung nicht bzw. wenig interessiert sind. Neben der Vermutung, dass die Angaben möglicherweise nicht verstanden werden oder auch nicht das Interesse der Verbraucher widerspiegeln, werden als weitere Gründe angeführt, dass Patienten in aller Regel annehmen, dass die Gesundheitsversorgung, die sie erhalten, exzellent ist, dass sie aus diesem Grunde nicht die Motivation oder Neugier haben, mehr Informationen über Performanzkriterien zu suchen, Verbraucher eher lokal denken und nicht daran interessiert sind, über den gesamten oder über den lokalen Bereich hinaus weitere Informationen zu erhalten und dass sie möglicherweise nicht in der Lage sind, die Daten zu personalisieren und auf sich zu beziehen. Verbraucher bzw. Patienten beziehen eher sekundäre Daten mit ein wie personale Interaktionen als quantitative Outcome-Ergebnisse.

Ireson et al. (2002) problematisieren, dass den einzelnen Transparenzinitiativen und Veröffentlichungskonzepten ein Verständnis von Qualität impliziert ist, dieses jedoch nicht deutlich formuliert wird. Eine einzige und allgemeingültige Definition von Qualität zu finden ist schwierig, da Qualität von einer Reihe von Faktoren abhängig ist, wie: 1) von den zugrunde gelegten Variablen und 2) von den individuellen Erfahrungen und Bezugsrahmen. Obwohl in den USA die Qualitätsberichte und -veröffentlichungen zunehmend patienten- und outcomefokussierter geworden sind,

gibt es wenig Evidenz, dass die Entscheidung der Patienten davon beeinflusst wird, wie und warum sie ihre Gesundheitsversorgung wählen. Patienten stellen bspw. die Herkunft und damit Unabhängigkeit der Daten oder die Messmethoden in Frage, die zur Benotung oder zum Ranking führen. Werner & Asch (2005) führen als Probleme für Verbraucher an, dass sie oftmals die Sprache in den Berichten nicht verstehen oder nicht wissen, welche Qualität Indikatoren abbilden sollen. Missverständnisse sind dieser Veröffentlichung zur Folge eher bei sozioökonomisch schwächer gestellten Schichten zu finden.

*c) Aufbau und Darstellung der Transparenzberichte*

Gegenwärtig gibt es in den USA keine Übereinkunft, welche Indikatoren für die Berichterstattung einbezogen werden sollen. Die Reliabilität und Validität der berücksichtigten Indikatoren sind oftmals noch nicht wissenschaftlich belegt und nicht alle aufgenommenen Indikatoren stehen in einem Zusammenhang mit Qualität. Verbraucher verstehen Informationen, die zeitlich passen, sinnvoll und vertrauensvoll sind. In der Fachwelt wird diskutiert, ob derartige veröffentlichte Berichte überwiegend die Informationen enthalten sollten, die für die Verbraucher interessant sind, oder die berücksichtigen sollten, die für die Leistungserbringer von größerem Interesse sind. Forschungen weisen daraufhin, dass Patienten mehr interessiert sind an Qualität im Service- und Interaktionsbereich. Dies hängt oftmals auch damit zusammen, dass Patienten die mehr technischen oder fachlichen Bereiche nicht entsprechend bewerten können. Ireson et al. (2002) führen an, dass in den Berichten der Zusammenhang zwischen Prozesskriterien und Outcome-Kriterien für die Verbraucher deutlicher werden muss. Dies gilt ebenso für die Bedeutung von Strukturkriterien und deren Wirkung auf Prozesse und Outcomes. Vor diesem Hintergrund erscheint es notwendig, eine Definition bzw. ein Verständnis von Qualität zu formulieren, um den Begriff sowie die Teilbereiche Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu klären. Des Weiteren sollten für Verbraucher wirksame Qualitätsberichte in der Darstellung einfach und kurz sein. Idealerweise sollten gute Noten oder Bewertungen übersetzt werden können in verbesserte Gesundheitsoutcomes für Patienten, niedrigere Kosten für Kostenträger und bessere Marktposition bzw. Marktwerte für Leistungserbringer (Ireson et al. 2002).

Auch sind Aussagen über Präferenzen der Verbraucher in Bezug auf die Gesundheitsversorgung vorsichtig zu interpretieren, da sie nicht stabil sind. Wenn Verbraucher zu Präferenzen in einer Situation gefragt werden, in der sie nicht von der Notwendigkeit einer Entscheidung betroffen sind, so werden die Antworten in der Situation konstruiert. Die Präferenzen ändern sich dann, wenn eine Entscheidung konkret notwendig wird. Vor allen Dingen dann, wenn die Betroffenen in nicht bekannten Situation komplexe und wichtige Faktoren gewichten und auf dieser Basis Entscheidungen treffen müssen. Wie Informationen dann eingeordnet werden, hängt zu einem großen Teil von den zur Verfügung stehenden Informationen ab (Hibbard & Peters 2003).

Hibbard & Peters (2003) widmen sich der Frage, wie die Informationen und Berichte gestaltet sein müssen, damit sie von den Verbrauchern und Zielgruppen verstanden werden. Sie fragen, welches Format und welche Rahmung oder Darstellungsstrategien gewählt werden müssen, um die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, dass die Informationen für Entscheidungen genutzt werden. Sie halten zunächst fest, dass Forschungsergebnisse darauf hinweisen, dass Menschen nur in der Lage sind, bestimmte Mengen und Typen an Informationen aufzunehmen und zu verarbeiten. Mit der zunehmenden Anzahl von Wahloptionen sinkt die Fähigkeit, alle für Entscheidungen zu nutzen. Forschungen zur Entscheidungsfindung zeigen, dass mehr Informationen die Entscheidungen nicht verbessern, sondern im Gegenteil die Entscheidungsfindung unterminiert wird. Der Grund liegt darin, dass die betroffenen Personen damit konfrontiert sind, die Informationen in ihrer Bedeutung zu gewichten. Dieser Gewichtungprozess stellt hohe Herausforderungen an Menschen, die vor Entscheidungen stehen. Relativ häufig tendieren Menschen dazu, diesen Gewichtungprozess zu verkürzen, indem sie einen einzigen Faktor als Kriterium zulassen und alle anderen ignorieren oder in ihrer Bedeutung vernachlässigen. Beispielsweise ist es möglich, dass der Faktor „Convenience“ die höchste Bedeutung einnimmt, wenn die Entscheidung ansteht, zwischen einem Anbieter zu wählen, der in der Nähe ist, aber schlechtere Performanzergebnisse hat im Vergleich mit einem Anbieter mit besseren Performanzergebnissen, der aber weiter vom Wohnort entfernt lokalisiert ist. In diesem Fall hat „Convenience“ eine Bedeutung für den Entscheidungsträger und kann besser verstanden werden als Indikatoren für Prozesse und Outcomes.



Darüber hinaus machen Hibbard & Peters (2003) darauf aufmerksam, dass die Art der Präsentation von Informationen auf die Verbraucher wahrscheinlich einen ebenso großen Effekt hat wie die Frage, welche Informationen gegeben werden. Sie betonen, dass bei der Entscheidungsfindung zwei unterschiedliche Denkmethoden benutzt werden: a) die analytische Denkmethode, die auf rationalen Überlegungen beruht und b) die experimentelle Methode, die intuitiv und von Gefühlen geleitet ist. Beide Methoden sind von hoher Relevanz. Insbesondere Denkmethode b) wird in der Werbeindustrie angewendet, wenn bspw. positive Gefühle in Annoncen und Werbespots geweckt werden sollen. Für den Bereich der veröffentlichten Qualitätsberichte heißt dies, dass nicht nur Denkmethode a), sondern auch b) ins Kalkül gezogen werden muss. Die Zielgruppen müssen auch in diesem Bereich auf der Ebene der Gefühle und Intuition abgeholt werden. Aber auch die Art der Präsentation scheint entscheidend dafür zu sein, wie Verbraucher und Betroffene die Informationen für eine Entscheidungsfindung nutzen. Eine weitere Studie von Hibbard et al. (2002) zeigt, dass jede Änderung in der Präsentation von Vergleichsdaten die Entscheidungsfindung beeinflusst. Aus dieser Studie formulieren diese Autoren die Forderung,

- a) dass die Verbraucher durch die Art der Präsentation der Indikatoren und deren Ergebnisse in die Lage versetzt werden sollen, die Gewichtung bzw. die Relevanz der Indikatoren selbständig vorzunehmen
- b) eine Graduierung der Performanzergebnisse vorzunehmen wie „nicht akzeptabel“, „akzeptabel“ und „in einem hohen Maße akzeptabel“, da diese vermutlich für Verbraucher sinnvoller und anwendbarer ist
- c) Informationsmengen zu reduzieren, da eine hohe Anzahl von Informationen hinderlich sein kann. Es sollten nur solche Ergebnisse und Indikatoren präsentiert werden, die von hoher Relevanz sind und möglicherweise stark mit Gesundheitsoutcomes in einem Zusammenhang stehen.

In ähnlicher Weise formulieren Hibbard & Peters (2003) Anforderungen an die Veröffentlichung von Qualitätsberichten:

**Zum ersten** ist es notwendig, dass die faktischen Informationen so organisiert sind, dass die kognitiven Anforderungen an den Verbraucher so reduziert werden, dass er die Inhalte angemessen aufnehmen und verarbeiten kann. Eine Lösung kann sein, die Menge an Informationen zu reduzieren. Eine weitere ist, computer-basierte Entscheidungsinstrumente zu integrieren. Diese können den Entscheidungsprozess strukturieren und die wichtigen zu berücksichtigenden Faktoren betonen. Die Entscheidungsfindung kann in kleine Schritte zergliedert werden und das Programm kann die individuellen Bedürfnisse, Werte und Präferenzen bei den Variablen entsprechend gewichten. Denkbar ist auch der Einbezug einer beratenden Person oder Vermittlungsinstanz, die durch den Prozess der Entscheidungsfindung begleitet und die entsprechend wichtigen Informationen hervorhebt. Eine weitere Lösung ist, die Darstellung der Informationen so zu verändern, dass die Verarbeitung der Informationen erleichtert und die Bewertbarkeit durch den Verbraucher verbessert wird. Es geht darum, die analytischen Herausforderungen beim Verbraucher zu reduzieren, damit dieser die Informationen verstehen kann. Insbesondere in nicht bekannten Domänen ist es für den Verbraucher schwierig, die Informationen zu verstehen und einzuordnen, bspw. die Maßnahmen zur Qualitätsmessung, ausgedrückt in der Prozentzahl der zufriedenen Personen. Forschungen weisen daraufhin, dass selbst Menschen, die Zahlen auf der fundamentalen Ebene verstehen, oftmals das affektive oder emotionale Verständnis fehlt, um diese einzuordnen, d.h. sie haben Probleme zu bewerten, welche Bedeutung die Zahl hat und wie gut oder schlecht diese Zahl einzuschätzen ist. Es ist zu berücksichtigen, dass Informationen, die keine emotionale Bedeutung haben, nicht angemessen beurteilt und in der Entscheidungsfindung berücksichtigt werden können. In der Darstellung von Transparenzberichten ist es erforderlich, Informationen darzustellen, die für den Verbraucher von Bedeutung und am einfachsten verstehbar sind. Dies kann z.B. die Variable „Kosten“ sein, während andere Variablen wie Qualitätssicherungsmaßnahmen gegebenenfalls weniger gut verständlich und nachvollziehbar sind.

**Zum zweiten** ist es erforderlich, die aktive Partizipation der Verbraucher in der Wahl der für sie interessanten und relevanten Informationen zu ermöglichen. Hibbard & Peters (2003) berichten darüber, dass ein Experiment gezeigt hat, dass Teilnehmer eines Projektes eher in der Lage waren, Informationen einzuschätzen und zu

gewichten, die eine Erzählung zu einem Fall zum Inhalt hatten, als diejenigen, die nur sachliche Informationen vermittelt bekommen haben. Die Teilnehmer in der Gruppe „Erzählung/Geschichte“ konnten offensichtlich die Informationen besser verstehen, nutzen und integrieren. Weitere effektive Methoden sind Szenarien oder Anekdoten, die Informationen enthalten. Informationen, die eher in erzählerischer Form präsentiert werden, erreichen ein größeres emotionales Interesse und haben auf diese Weise einen größeren Einfluss auf die Beurteilung und Entscheidungsfindung.

**Zum dritten** sollten die Informationen bei Entscheidungen in der Weise genutzt und gewichtet werden, dass sie den individuellen Interessen und Bedürfnissen gerecht werden. Damit ist gemeint, dass gelegentlich Informationen in Transparenzberichten präsentiert werden, die den Verbraucher eher verwirren und die Information bedeutungslos machen, wie bspw. der Begriff Konfidenzintervall. Forschungen zur Folge (Hibbard & Peters 2003) sind präzise Punkteinschätzungen - wie bspw. ein Score von 8 anstatt ein Wert zwischen 7 bis 9 - von höherem Wert und haben eine höhere emotionale Bedeutung für die Zielgruppe. Ähnlich verhält es sich mit Häufigkeiten und Wahrscheinlichkeiten. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass Befragte mit Häufigkeiten – wie bspw. 1 Person aus 10 – mehr anfangen können, als mit der Angabe 10%.

Vaiana und McGlynn (2002) begründen auf der Basis von Erkenntnissen aus der Kognitionswissenschaft, wie Berichte bzw. Websites für Transparenzinitiativen aufgebaut sein sollten, um von Verbrauchern genutzt zu werden. Sie gehen davon aus, dass die geringe Relevanz der Berichte und Seiten möglicherweise darauf zurückzuführen ist, dass die Websites nicht den kognitiven Entscheidungsprozessen der Zielgruppen angemessen aufgebaut sind. Hierarchische Strukturen der Informationen, Kontexteinbettung sowie Gestaltung im Layout (Schriftgröße, Absätze, Listen etc.) sind zu beachten, wenn die Informationen sinnvoll, nützlich und in Erinnerung bleiben sollen. Eine interessante Erkenntnis ist, dass Sterne als Symbol, um die unterschiedliche Qualität oder Performanz von Einrichtungen oder Angeboten darzustellen, die Verbraucher in der Entscheidungsfindung nicht unterstützen. Im Gegenteil, Verbraucher geben an, dass Sterne nicht notwendigerweise in der Entscheidungsfindung nützlich sind. Die Autorinnen

empfehlen, dass entsprechende Websites den Zielgruppen ermöglichen sollten, dass sie die Information bekommen können, die sie haben möchten und zwar auch dann, wenn sie diese haben möchten und in dem Format, das für sie komfortabel und bekannt ist. Die Websites sollten darüber hinaus Erkenntnisse berücksichtigen und integrieren, wie Menschen Informationen aufnehmen und verarbeiten. Die Informationen sollten außerdem in einer nützlichen und flexiblen Art und Weise zur Verfügung stehen. Sehr günstig sind interaktive Websites, da diese es den Verbrauchern ermöglichen, dass sie abhängig von ihren Bedürfnissen Informationen, auch in quantitativer Hinsicht, bekommen können. Zu vermeiden seien Sterne, um Leistungen und Qualität sichtbar zu machen, da diese in der Entscheidungsfindung nicht hilfreich seien. Insgesamt konstatieren sie, dass es kein Format und kein Layout gibt, das für alle Zielgruppen gleichermaßen sinnvoll ist. Verbraucher unterscheiden sich hinsichtlich Alter, Sprache, Kultur, Qualifikation, Bildung. Entsprechende Websites für Transparenzinitiativen sollten diesen unterschiedlichen Anforderungen entgegenkommen.

### *Zusammenfassung*

Colmers (2007) konstatiert, dass trotz der Popularität von Qualitätsberichten und Bewertungen in den USA immer noch zahlreiche Fragen offen sind, bspw. wie exakt die Informationen über Prozesse und Outcomes und über die Vergleichbarkeit der Daten sind und ob Verbraucher/Patienten oder andere Zielgruppen die Informationen in den Berichten für Entscheidungen heranziehen. Auch ist noch nicht geklärt, ob derartige Bewertungsverfahren und Veröffentlichungspraktiken den Wettbewerb und das Benchmarking zwischen den Einrichtungen erhöhen.

Die Erfahrungen und Forschungsergebnisse im internationalen Raum und insbesondere in den USA weisen auf folgende Aspekte hin (Colmers 2007):

- Veröffentlichungen von Qualitätsberichten haben positive Effekte. Beispielsweise verstärken Veröffentlichungen der Ergebnisse über Patientenzufriedenheit in den Einrichtungen der Gesundheitsversorgung die Aktivitäten zur Verbesserung der Qualität, vor allen Dingen in den Qualitätsbereichen, in denen diese nicht so gut abschneiden.

- Es gibt Forschungsergebnisse, die darauf hinweisen, dass Patienten Qualitätsberichte für Kliniken nicht als Entscheidungsgrundlage heranziehen. Mit anderen Worten, die Berichte müssen sorgfältig gestaltet werden, damit sie für Verbraucher von Wert sind. Darüber, wie die Berichte und Websites gestaltet werden sollten, gibt es einige Anhaltspunkte. Gleichwohl ist deren Wirksamkeit auf die Verbraucher noch nicht nachgewiesen. Forschungsergebnisse zeigen des Weiteren, dass die Art und Weise, wie die Informationen präsentiert werden, die Interpretationen der Ergebnisse und die Entscheidungen beeinflussen. Diesen Ergebnissen zur Folge verstehen Verbraucher oftmals die Daten nicht, bspw. in der Form, dass ihnen die Messungen nicht geläufig sind oder sie unsicher sind, ob die hohen oder niedrigen Ratings bedeuten, dass die Einrichtungen besser oder schlechter sind. Auch deuten die Ergebnisse daraufhin, dass die Daten zu Qualität und Kosten die Entscheidungen der Verbraucher nur moderat beeinflussen. Es gibt Erkenntnisse aus der Kognitionsforschung, dass Design und Farben die Entscheidungsprozesse beeinflussen können. Auch können Vergleichsdaten beim Verbraucher kontraproduktiv sein, wenn sie nicht überzeugt sind, dass die Qualitätsprobleme für die selbst relevant sind und Konsequenzen nach sich ziehen und Verbesserungsmaßnahmen in verbesserte Qualität münden.
- Eine Zusammenarbeit zwischen den Stakeholdern scheint sehr wichtig zu sein. Die erfolgreichsten Transparenzinitiativen resultieren aus Kooperationen, die Kostenträger, Leistungserbringer, den privaten sowie den öffentlichen Sektor integrieren.
- Eine große Rolle nehmen wissenschaftliche Begleitungen ein, da auch in den USA die Transparenzinitiativen noch in den Kinderschuhen stecken.
- Eine automatische und kontinuierliche Datenerhebung, -aufbereitung und Veröffentlichung von Ergebnissen unterstützt erfolgreiche Programme. Wenn Daten nicht routinemäßig erhoben werden und nicht Teil des Versorgungsprozesses sind, dann werden diese Initiativen und Prüfungen als zusätzliche Belastung in den Einrichtungen empfunden.

Weitere Forschungsbedarfe sieht Colmers (2007) in den Bereichen: Messmethoden und -instrumente, Nutzen der Qualitätsdaten, kulturelle und Organisationsfaktoren und Evaluation der Wirkung von veröffentlichten Qualitätsberichten.

Auch Marshall et al. (2003) stellen fest, dass trotz der intendierten Ziele, mit der Veröffentlichung von Qualitätsberichten die Qualität in der Gesundheitsversorgung zu verbessern, nur wenige Studien zu dieser Fragestellung vorhanden sind. Es fehlen vor allem randomisierte kontrollierte Studien. Zu finden sind Beobachtungsstudien in der kardiologischen Chirurgie, die Mortalität und Morbidität nach entsprechenden Eingriffen als Qualitätsindikatoren zugrundegelegt haben. Es gibt keine Langzeitstudien, die den Zusammenhang von Veröffentlichungsberichten und Auswirkungen auf definierte Outcomes in der Gesundheitsversorgung untersuchen.

Marshall et al. (2003) problematisieren, dass aufgrund des Mangels an systematischen Ergebnissen über die Wirkung von Transparenzinitiativen keine Erkenntnisse darüber vorliegen, ob die Bemühungen der Gesundheitsinstitutionen, sich in bestimmten Bereichen zu verbessern, um den Kriterien zu genügen, in anderen Bereichen zu Verschlechterungen führen. Auch fehlen systematische Erkenntnisse darüber, welche Indikatoren für eine Veröffentlichung von Qualitätsdaten sinnvoll sind. Die Gütekriterien der Kriterien sind noch nicht umfassend belegt.

Die Komplexität in der Entscheidungsfindung bei Verbrauchern bzw. Klienten oder Patienten verdeutlicht, dass diese sich offenbar nicht nur auf der Basis von rationalen Kriterien für oder gegen eine Einrichtung entscheiden, sondern dass auch das Gefühl eine bedeutsame Rolle einnimmt. Verbraucher benötigen vielmehr interaktive Websites, die es ermöglichen, dass sie die Informationen nach subjektiven Bedürfnissen, Werten und Präferenzen werten und gewichten können. Des Weiteren müssen sie so gestaltet sein, dass sie Informationen erhalten, die für die Verbraucher von Relevanz sind und bestimmte Begriffe, Messmethoden und Qualitätsindikatoren in ihrer Bedeutung für Qualität erklären. Auch sollte vermieden werden, dass zu viele Informationen vermittelt werden, die möglicherweise in Relevanz und Bedeutung für Verbraucher nicht so groß sind.

Nach der Darstellung von Transparenzinitiativen im internationalen Raum im Bereich der Kliniken werden im Folgenden Erfahrungen und Erkenntnisse im Bereich der ambulanten und stationären Langzeitpflege erörtert.

## **2.2 Qualitäts- und Transparenzinitiativen: Bereich ambulante und stationäre Langzeitpflege**

Eine umfassende Veröffentlichung von Qualitätsberichten für den Bereich der ambulanten und stationären Langzeitpflege hat z.B. in den USA erst Anfang 2000 oder in Großbritannien in 2004 eingesetzt (Mor et al. 2003a; Mor et al. 2003b; Stevenson 2006; Mukamel et al. 2008). Möglicherweise liegt darin der Grund, dass im Vergleich zum Bereich Kliniken nur wenige aussagekräftige Forschungen und Publikationen zur Wirkung von veröffentlichten Qualitäts- oder Transparenzberichten für die Langzeitpflege vorhanden sind (Mor 2005; Stevenson 2006; Gerteis et al. 2007).

Henkel definiert Qualitätsberichte für die Langzeitpflege wie folgt:

*„Qualitätsberichte können daher – kurz gesagt – als öffentlich zugänglich gemachte Dokumente beschrieben werden, die einrichtungsbezogene Qualitätsinformationen beinhalten.“ (Henkel 2008:32)*

Mukamel et al. (2008) formulieren ähnliche Ziele der Transparenzinitiativen für die Langzeitpflege wie für den Bereich der Krankenhäuser. Demnach zielen die veröffentlichten Qualitätsberichte darauf ab:

- das Wahlverhalten der Verbraucher zu beeinflussen bzw. sie in der Entscheidung für oder gegen eine Einrichtung zu unterstützen
- Anreize für Leistungserbringer zu setzen, die Qualität in den Einrichtungen zu verbessern,
- alle Qualitätslevel zu verbessern.

Die damit verbundene Zielvorstellung ist über die genannten hinaus:

- Eine Erhöhung der Markttransparenz, um den Nachfragern qualitätsrelevante Informationen über Leistungen und Leistungsfähigkeit von Pflegeeinrichtungen zur Verfügung zu stellen. Mit anderen Worten, Informationsdefizite der Verbraucher sollen reduziert werden, damit differenzierte und fundierte Entscheidungen getroffen werden können.<sup>4</sup>

Aus den Publikationen ist erkennbar, dass die Berichte und Veröffentlichungen in den USA überwiegend aus Datenerhebungen mit dem Minimum Data Set hervorgehen (Rahman & Applebaum 2009; Arling et al. 2005; Mor et al. 2003b). Der Minimum Data Set wurde entwickelt, um die Qualität der Einschätzung der klinischen Bedarfe und Bedürfnisse der betroffenen Zielgruppe bzw. des Individuums zu verbessern. In den Einrichtungen wird beim Einzug sowie in regelmäßigen Abständen ein Assessment mit dem MDS bei jedem Bewohner durchgeführt. Das heißt, die Indikatoren sind bewohnerbezogen definiert und werden auch auf dieser Ebene erhoben. Es wird gemessen, ob sie bestimmte Maßnahmen und Dienstleistungen erhalten oder nicht oder ob ein Zustand zu einem Zeitpunkt vorhanden ist oder nicht (Prävalenz) oder ob sich ein Zustand über einen Zeitraum entwickelt oder verändert hat (Inzidenz). Seit Ende der 80er Jahre des letzten Jahrhunderts müssen alle Einrichtungen die Daten in eine Datenbank eingeben. Bis zum Jahr 2002 wurden über 10 Millionen Assessments jedes Jahr in das Datenbanksystem eingegeben. Die Verfügbarkeit der digitalisierten Daten führte zu der Entwicklung, diese für die Veröffentlichung von Qualitätsergebnissen im Bereich der Langzeitpflege zu nutzen. Das derzeitige Transparenzsystem repräsentiert demgemäß ausgewählte Qualitätsergebnisse von Bewohnern, die auf der Ebene der Einrichtungen aggregiert werden (Rahman & Applebaum 2009; Arling et al. 2007; Mor et al. 2003b).<sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> Die dahinter stehende Theorie ist, dass durch ein verändertes Nachfrageverhalten, basierend auf qualitätsrelevante Informationen, sich die Qualität der Versorgung verändert, da die Konsumenten qualitativ hochwertige Einrichtungen und Dienste nachfragen (Henkel 2008).

<sup>5</sup> Arling et al. (2005) kritisieren, dass die verwendeten Qualitätsindikatoren nur in einem geringen Umfang in Bezug auf Validität und Reliabilität überprüft worden sind. Eine potenzielle Verzerrung kann allein durch die unterschiedliche Art bzw. Gründlichkeit der Datenerhebung in den Einrichtungen bedingt sein. Auch führen sie die kleinen Stichprobengrößen in vielen Einrichtungen an, aber auch die noch nicht abgeschlossene Diskussion über Angemessenheit und Anzahl der zu berücksichtigenden Risikofaktoren in der Stichprobenerhebung. Des Weiteren sind die Qualitätsindikatoren als eine Reihe von individuellen Indikatoren definiert, die in allgemeine Gruppendimensionen zusammengefasst werden. Diese sind nicht empirisch belegt. Die Nutzer müssen die Ergebnisse aus einer langen Liste Messungen heraus entnehmen und es gibt möglicherweise Einrichtungen, die bei einigen Qualitätsindikatoren gut und bei anderen schlecht abscheiden. Es ist nach Aussagen der Autoren insgesamt schwierig, ein differenziertes Bild über die Qualität der Einrichtungen zu bekommen. Auch wird der Fokus auf den klinischen Aspekt der Versorgung gerichtet und die Lebensqualität nicht entsprechend und ausreichend berücksichtigt. Des Weiteren



Ganz allgemein betrachtet unterliegen Transparenzberichte in der Langzeitpflege gewissen Limitationen. Ein Problem ist die Schwierigkeit, akkurat über Qualität zu informieren. Beispielsweise sind Informationen über Gesundheitsoutcomes, die nicht risikoadjustiert durchgeführt berechnet worden sind, inakkurat und irreführend. Unterschiede können auch entstehen, wenn unterschiedliche Risikofaktoren berücksichtigt werden. Des Weiteren hat die Stichprobengröße Auswirkungen auf das veröffentlichte Ergebnis und schließlich auf das Ranking. Aber nicht nur die methodischen Aspekte sind auf das Ranking einflussreich. Auch Definition und Verständnis von Qualität und Qualitätsmessungen sind ausschlaggebend (Castle & Lowe 2005). Ähnlich wie die Veröffentlichungen zum Thema Qualitäts- bzw. Transparenzberichte im Bereich Krankenhäuser können die Publikationen für die Langzeitpflege in Kategorien eingeordnet werden. Insgesamt können vier Kategorien gebildet werden: a) Wirkungen auf die Qualität der Einrichtungen in der Langzeitpflege, b) Wirkungen auf die Verbraucher/Klienten/Bewohner, c) Erhebungsinstrument zur Messung und Darstellung von Qualität, d) Aufbau und Darstellung der Transparenzberichte in der Langzeitpflege.

### *a) Wirkungen auf die Qualität der Einrichtungen in der Langzeitpflege*

Im internationalen Raum ist über die Wirkungen von entsprechenden Transparenzinitiativen und veröffentlichten Berichten auf Verbraucher und Anbieter in der Langzeitpflege noch wenig bekannt. Es gibt wenig systematische Forschung zu diesen Aspekten (Castle & Lowe 2005).

Mor (2007) stellt in seiner Übersichtsarbeit fest, dass auch im Bereich der Heime die öffentliche Berichterstattung über Qualität in den Einrichtungen zu Qualitätsverbesserungsaktivitäten führt. Zinn et al. (2005) können in einigen Bereichen einrichtungsunabhängig Verbesserungen in Qualitätsergebnissen im Laufe der Zeit nach initialen und weiteren Veröffentlichungen von Qualitätsmessungen in Altenheimen nachweisen. Verbesserungen stellen sie fest in den Bereichen: Schmerz, physische Restriktionen für Langzeitbewohner, Delirium, Schmerz und risikoadjustiertes Delirium bei Kurzzeitbewohnern. Interessanterweise

---

werden einige relevante Indikatoren nicht aufgeführt und die zugrundegelegten Qualitätsindikatoren legen Schwerpunkt auf schlechte Pflege anstatt gute Pflege zu befördern.

gibt es bereits in der Baselineerhebung Unterschiede zwischen den Einrichtungen, die auf organisationsabhängige Faktoren zurückzuführen sind. So schneiden For-profit und Kettenorganisationen besser ab in den Bereichen Schmerz und Delirium bei Kurzzeitbewohnern. Non-for-profit Einrichtungen, die eher klein und unabhängig sind zeigen bessere Ergebnisse bei Langzeitbewohnern.

Mukamel et al. (2008) untersuchen die Frage, ob die Veröffentlichung von Qualitätsergebnissen von Einrichtungen der Langzeitpflege zu Maßnahmen der Qualitätsverbesserung geführt hat. Das Ergebnis dieses Projektes ist, dass die Veröffentlichung von Qualitätsergebnissen in einige Verbesserungen in den Einrichtungen mündet, aber nicht in allen. Beispielsweise zeigen sich Verbesserungen im Bereich der physischen Restriktionen für Langzeitbewohner und Schmerz für Kurzzeitbewohner. Keine signifikanten Veränderungen können sie in den Bereichen Infektionen und ADL erkennen. Im Bereich Dekubitalgeschwüre ist sogar eine Verschlechterung zu messen. Dieses Ergebnis steht aber nach Vermutung der Autoren damit in einem Zusammenhang, dass die Pflegenden nach der Veröffentlichung der Ergebnisse gründlicher dokumentieren. Aber die Prozesse der Verbesserungen sind kurzfristig nach der Veröffentlichung zu erkennen, so dass offensichtlich die Effekte der Publikation der Qualitätsberichte nur für einen kurzen Zeitraum wirksam sind.

Castle (2003) wendet sich einer ähnlichen Fragestellung zu. Er fragt, ob Informationen über Outcomes die Qualität in 120 Pflegeheimen verbessert. Der Zeitraum der Untersuchung beträgt 12 Monate. Zugrundegelegt werden sechs Indikatoren: physische Restriktionen, Katheterisierungen, Kontrakturen, Dekubitalgeschwüre, psychotrope Medikationen und Bestandsaufnahmen/Überblick über Pflegemängel. In dieser Studie zeigten sich insbesondere Verbesserungen in den Bereichen „physische Restriktionen“ und „psychotrope Medikationen“. Für die anderen Bereiche konnten nicht signifikante Veränderungen gemessen werden.

Für den Bereich der stationären Langzeitpflege konstatieren Werner und Asch (2005), dass die Ergebnisse zu veröffentlichten Qualitätsberichten gemischt sind. Es gibt Hinweise, dass weniger häufig Schmerzen unbehandelt bleiben und Heimbewohner weniger häufig in ihrer Mobilität beschränkt werden. In anderen

Bereichen sind so weit keine signifikanten Änderungen zu erkennen wie bspw. Dekubitalgeschwüre oder die Fähigkeiten der Heimbewohner, selbständig zu gehen oder zu essen.

Insgesamt ist unklar, wie und in welcher Weise die Einrichtungen die Ergebnisse der veröffentlichten Berichte nutzen. In einer Befragung in vier Bundesstaaten der USA zeigen die Ergebnisse, dass 51% der Manager von Einrichtungen intendieren, die veröffentlichten Ergebnisse für Maßnahmen zu nutzen und 33% angeben, dieses bereits zu tun (Castle 2005; Stevenson 2006). Castle (2005) interpretiert die Ergebnisse dahingehend, dass ein hoher Anteil der befragten Leitungen von Einrichtungen dazu bereit ist, in Zukunft die Ergebnisse der veröffentlichten Berichte für Qualitätsverbesserungsmaßnahmen zu nutzen (51%) oder dass sie es bereits tun (33%).

*b) Wirkungen auf die Verbraucher/Klienten/Bewohner*

Der Einfluss des öffentlichen Berichtswesens auf die Entscheidungsfindung von Verbrauchern bei der Wahl von Einrichtungen in der Langzeitpflege ist nicht systematisch bekannt. Insgesamt gibt es keine Hinweise darüber, wer, ob und wie die Informationen für eine Entscheidungsfindung genutzt werden. Es wird angenommen, dass Gesundheitsprofessionen, die für die Entlassungsplanung von Patienten in den Krankenhäusern zuständig sind, die häufigsten Nutzer sind (Mor 2005). Da auch in den USA erst seit ein paar Jahren über die Qualitätsergebnisse der ambulanten und stationären Langzeitpflege berichtet wird, kann der Grund für die mangelnde Nutzung der Verbraucher in den nicht ausreichend vorhandenen Erfahrungen mit entsprechenden Websites liegen. Ein anderer Grund wird darin vermutet, dass die US-Bürger sich möglichst so lange nicht mit dem Thema Langzeitpflege und entsprechenden Anbietern beschäftigen, wie sie davon nicht betroffen sind (Stevenson 2006; Mor 2005).

Stevenson (2006) hat in einer Untersuchung festgestellt, dass die veröffentlichten Berichte nur einen minimalen und statistisch nicht signifikanten Effekt auf die Bewohnerrate von Einrichtungen der stationären Langzeitpflege haben.

Henkel (2008) bietet als mögliche Erklärung an, dass Verbraucher entsprechende Qualitäts- und Transparenzberichte nicht umfassend für die Entscheidungsfindung nutzen, da diese möglicherweise Probleme haben, ihre Erwartungen bzw. die Ergebnisse mit einem Referenzwert zu vergleichen und dann eine Beurteilung vorzunehmen. Der Leistungsempfänger ist im Nachteil, da er in aller Regel nicht über die fachliche Kompetenz verfügt, um die Leistungsfähigkeit des Anbieters allgemein und spezifisch beurteilen zu können.

Insgesamt ist möglicherweise die „health literacy“ bei Verbrauchern nicht ausreichend vorhanden, die aber notwendig ist, um die vergleichenden Informationen zu verstehen. Die Zielgruppe hat insgesamt zu wenig Wissen über die Langzeitpflege und keinen Rahmen, um die Unterschiede der Qualitäten in den Einrichtungen zu beurteilen und einzuschätzen, welche Einrichtung den eigenen oder den Bedürfnissen von Familienangehörigen entspricht (Harris-Kojetin & Stone 2007).

Des Weiteren ist zu berücksichtigen, dass die Entscheidung der Betroffenen oftmals nicht souverän durchgeführt werden kann. Die Entscheidung für eine stationäre Einrichtung findet häufig unter einem hohen zeitlichen und emotionalen Druck statt (bspw. im Anschluss eines Krankenhausaufenthaltes). Nicht selten sind die Betroffenen in der Entscheidung für eine Einrichtung von den Empfehlungen des Personals im Krankenhaus abhängig. Auch spielt eine Rolle, dass oftmals Angehörige die Entscheidung treffen müssen und möglicherweise andere Kriterien als ihre pflegebedürftigen Familienmitglieder anlegen. Nicht zu vergessen ist die Tatsache, dass die meisten potenziellen Heimbewohner pflegebedürftig und/oder gebrechlich und/oder eher hochaltrig sind, möglicherweise kognitiv eingeschränkt und oftmals selbst nicht in der Lage sind, die Informationen zu suchen. Darüber hinaus sind die Kosten nicht zu vernachlässigen, die in aller Regel von den Betroffenen mitfinanziert werden müssen. Kosten sind ein nicht unerheblicher Entscheidungsfaktor in diesem Geschehen. In der Situation der Pflege in einer Einrichtung fällt es den Pflegebedürftigen zumeist schwer, die Qualität einer bereits gewählten Einrichtung zu beurteilen. Die Angehörigen können dies nur eingeschränkt übernehmen, da sie die Leistung nicht selbst erhalten und während des Pflegeprozesses oftmals nicht anwesend sind (Stevenson 2006; Henkel 2008).

*c) Erhebungsinstrument zur Messung und Darstellung von Qualität*

Kritisch diskutiert wird zum einen, dass die aus dem Minimum-Data Set entwickelten Qualitätsindikatoren, die unter anderem auch für das öffentliche Berichtssystem in den USA angewendet werden, nicht ausreichend validiert worden sind. Es gibt keine systematischen Erkenntnisse darüber, ob sie direkt mit dem Prozess der Pflege in einem Zusammenhang stehen und ob sie die Schwelle in einem ausreichenden Maße bestimmen, um die Qualität der Einrichtungen aus Sicht der Verbraucher definieren zu können (Harrington et al. 2003). Ein weiterer Kritikpunkt ist, dass im MDS nicht in einem ausreichenden Maße standardisierte Instrumente angewendet werden, bspw. um Schmerz, Inkontinenz, Depression zu bestimmen (Rahman & Applebaum 2009). Des Weiteren sind zahlreiche unterschiedliche öffentliche Berichtssysteme abhängig von Bundesstaat und Träger vorhanden (Mattke et al. 2003; Mor 2005; Gerteis et al. 2007). Auch die Frage, welche Qualitätsindikatoren wichtig für eine entsprechende Darstellung sind, ist nicht eindeutig geklärt. Mor weist daraufhin, dass die Langzeitversorgung multidimensional ist und verschiedene Aspekte umfasst wie medizinische und pflegerische Versorgung, funktionelle Unabhängigkeit, Lebensqualität und Bewohner- u. Familienzufriedenheit (Mor 2005). Des Weiteren wird Kritik daran geübt, dass einige Organisationen, die Qualitätsberichte veröffentlichen, einen zu großen Wert auf Outcome-Kriterien legen und Prozesskriterien vernachlässigen. Mukamel et al. (2008) zur Folge hat der Prozess etwa zwei Jahre gedauert, bis für die Transparenzinitiative von Medicare oder Medicaid zertifizierte Pflegeheime konsentiertere Qualitätsindikatoren für die Veröffentlichung festgelegt wurden. Demnach wurden zunächst 14, dann 15 und kürzlich 19 Indikatoren nach intensiver und validierender Überprüfung festgelegt. Zu beachten ist, dass wegen der Frage der Genauigkeit der Daten die Ergebnisse von einigen Einrichtungen nicht veröffentlicht werden, da die Anzahl der Bewohner und damit die Stichprobengröße zu klein ist (bei 30 Langzeitbewohnern und 20 Kurzzeitbewohnern werden die Daten dieser Einrichtungen nicht veröffentlicht).

Mor et al. (2003b) problematisieren, dass die Anwendung eines Qualitätsmessinstrumentes für alle Einrichtungen in der Pflege gemeinsame konzeptuelle Grundlagen voraussetzt. Zum ersten erfordert es, dass sich die Akteure auf ein gemeinsames Verständnis von Qualität einigen. Zum zweiten ist der Zusammenhang von Prozess- und Outcome-Kriterien noch nicht verstanden, d.h.

gute Ergebnisse bei Prozesskriterien bedeuten nicht zwingend gute Outcome-Kriterien. Zum dritten impliziert ein standardisiertes Set von Qualitätsindikatoren, das für alle Einrichtungen gleichermaßen eingesetzt wird, dass diese auch alle gemeinsame Ziele haben und die Klienten in gleicher Weise versorgen. Dies trifft in vielen Fällen nicht zu, da möglicherweise Heime unterschiedliche Schwerpunkte haben wie bspw. die Palliativversorgung. In diesem Falle ist bspw. eine Verbesserung des Funktionsstatus als ein Qualitätsindikator nicht angebracht. Viertens, die Messung von bewohnerbezogenen Outcomes in den Einrichtungen impliziert die Annahme, dass die Anbieter zu einem hohen Anteil für die Variationen in den Outcomes der Bewohner verantwortlich und zur Rechenschaft zu ziehen sind, auch wenn die Einrichtungen nicht einen Einfluss auf alle Outcomes haben.

Mor et al. (2003b) untersuchen die Interraterreliabilität der Qualitätsindikatoren für das öffentliche Berichtswesen in den USA, die bekanntermaßen auf das Minimum Data Set aufbauen (siehe oben). Die Ergebnisse weisen daraufhin, dass die Indikatoren im Großen und Ganzen reliabel sind. Es ist eine Variation in der Reliabilität zwischen den Indikatoren in den einzelnen Einrichtungen zu verzeichnen und es gibt Einrichtungen, die weniger reliable Daten aufweisen als andere, aber die meisten Indikatoren sind reproduzierbar und die meisten Einrichtungen messen dieser Untersuchung zur Folge zuverlässig.

Arling et al. (2007) kritisieren am bisherigen Verfahren der Darstellung der „Nursing Home Compare Website“, dass in den Qualitätsmessungen nur selten eine Risikoadjustierung stattfindet, so dass anzunehmen ist, dass unfaire Vergleiche stattfinden.<sup>6</sup> Einrichtungen mit Bewohnern, die ein höheres Risiko haben, ungünstigere Gesundheitsoutcomes zu erzielen (bspw. weil sie funktional abhängiger sind oder weil sie kognitiv stärker eingeschränkt sind) werden benachteiligt, wenn sie mit Einrichtungen verglichen werden, die eine andere Bewohnerzusammensetzung haben. Ebenso fehlt eine entsprechende Auseinandersetzung mit möglichen Berechnungsfehlern. Die Ergebnisse der Qualitätsmessungen auf der Website werden ohne Hinweise auf Exaktheit und Präzision der Berechnungen geben. Dabei

---

<sup>6</sup> Risikoadjustierungen finden für die Bereiche: “Percent of long-stay residents who have moderate to severe pain”, “Percent of long-stay residents who have/had a catheter inserted and left in their bladder”, “Percent of long-stay residents whose ability to move about in and around their room got worse”, “Percent of short-stay residents who have delirium”, “Percent of short-stay residents who have pressure sores”

(<http://www.medicare.gov/NHCompare/Static/tabHelp.asp?language=English&activeTab=4&subTab=1>)

spielt die Größe der Einrichtungen eine Rolle, da Qualitätsmessungen in kleineren Einrichtungen unpräziser sind.

Die Kritik von Philipps et al. (2007) bezieht sich darauf, dass einige Barrieren für ein erfolgreiches Messen und Darstellen von Qualität von Pflegeeinrichtungen berücksichtigt werden müssen. Diese sind:

- Komplexität von Qualität in Pflegeeinrichtungen
- Diversität der Population/der Heimbewohner
- Mangelndes Wissen darüber, wie Heime als Organisationen, Qualität generieren
- Validität der Vergleiche zwischen Heimen unter Verwendung der gegenwärtig genutzten Indikatoren

Diese Hindernisse stellen nach Ansicht der Autoren insgesamt ein Problem dar, den Verbraucher mit sinnvollen Evaluationen und Ergebnissen über die Qualität von Pflegeheimen zu versorgen. Des Weiteren gibt es keine wissenschaftlichen Erkenntnisse darüber, inwiefern die Unterschiede von Bewohneroutcomes auf die Performanz der Heime zurückzuführen ist. Gegenwärtig verwendete Indikatoren scheinen die beobachtete Pflege nicht widerzuspiegeln (Philipps et al. 2007).

Die Bestimmung von qualitätsrelevanten Indikatoren ist auch in den USA noch in der Diskussion und es gibt kein systematisches und zuverlässiges Wissen darüber, welche Indikatoren valide und reliabel die Qualität darstellen können (Henkel 2008; Philipps et al. 2007).

#### *d) Aufbau und Darstellung der Transparenzberichte in der Langzeitpflege*

Eine Studie in den USA untersucht, wie Verbraucher die Website von CMS (Centre for Medicare and Medicaid Services) zu den Ergebnissen der Qualitätsprüfungen interpretieren und verstehen (Gerteis et al. 2007). Das Ergebnis dieses Projektes ist, dass Testpersonen Informationstafeln mit Sternen oder mit Wörtern wie „besser als

Durchschnitt“, „Durchschnitt“, „schlechter als Durchschnitt“ am besten verstehen im Vergleich mit Graphiken und Abbildungen. Dabei ist zu beachten, dass es um Tabellen geht, in denen Heime in den 5 Qualitätsdimensionen: a) Prozentzahl der Bewohner, die die Fähigkeit verlieren, die Basisaktivitäten des täglichen Lebens selbständig durchzuführen, b) Prozentzahl der Bewohner mit Druckgeschwüren, c) Prozentzahl der Bewohner mit Schmerzen, d) Prozentzahl der Bewohner mit Fixierungen und e) Prozentzahl der Bewohner mit Infektionen, verglichen werden (Gerteis et al. 2007).

Mattke et al. (2003) halten fest, dass die Messung von Qualität aufgrund der Multidimensionalität des Konzeptes komplex ist. Die Kommunikation von Qualität an den Verbraucher trägt zur weiteren Komplexität bei. Die Veröffentlichung derartiger Ergebnisse und Berichte ist zum einen noch in den Kinderschuhen und zum anderen stößt sie auf Skepsis. Mattke et al. (2003) betrachten folgende Elemente für Verbraucherwebsites als relevant: Einfachheit im Format, in der Sprache und in ihrer Navigierbarkeit, Suchfunktion auf der Website, Entscheidungshilfen und Links zu anderen Websites. Entsprechende Websites müssen als Entscheidungsinstrument gestaltet sein und sollen kein Datenbanksystem sein. Die Qualität der Versorgung ist sicherlich ein wichtiger Bereich, aber für den Verbraucher spielen möglicherweise auch andere Faktoren in der Entscheidungsfindung eine Rolle wie z.B. „Kosten“, „Zahlungsmöglichkeiten“ oder „Dienstleistungen“. Zudem müssen die Informationen simplifiziert werden. Der Nutzer muss zwar durch die Entscheidung gelenkt werden, sollte aber selbst entscheiden können, wie viele Informationen er an jedem Punkt haben möchte. Eine Herangehensweise, die als eine Präsentationsform von allen präferiert und als sinnvoll betrachtet wird, wird aller Wahrscheinlichkeit nicht der Mehrheit der Nutzer gerecht. Die Autoren führen als Beispiel für eine mögliche Lösung an: die erste Seite stellt alle Heime im Bundesstaat dar mit Adresse und Kontaktdaten. Der Nutzer kann dann entscheiden, ob er die nächsten Seiten mit Bewohner- und Einrichtungscharakteristika, Mängelberichten oder Sammelergebnissen auf der Qualitätsebene wählt. Performanzergebnisse sollten auf einer weiteren Seite berichtet werden. Die Informationen zu schichten bzw. zu untergliedern ist von besonderer Relevanz, um den unterschiedlichen Zielgruppen wie Verbrauchern, Sozialarbeitern oder Entlassungsmanagern gerecht zu werden. Außerdem gilt es, das Design der Seiten entsprechend zu gestalten. Wenn man



davon ausgeht, dass viele ältere Menschen die Websites nutzen, dann müssen die Architektur der Struktur und auch die Präsentationsform einfach sein. Des Weiteren gilt es, seniorenfreundliche Prinzipien zu berücksichtigen, wie gut lesbare Buchstaben und Schriftgröße und eine Erklärung von Qualitätsindikatoren in Laiensprache.

Der Frage, welche Informationen in veröffentlichten Berichten über Pflegeheime sinnvoll sind und aus welchen Gründen, gehen Harrington et al. (2003) nach. Die Autoren haben ein umfassendes Modell für ein Verbraucherinformationssystem entwickelt. Dieses beinhaltet Struktur-, Prozess- und Outcomeinformationen (Punkte 1-4: Strukturinformationen: diese geben Informationen darüber, ob eine Einrichtung individuelle Bedürfnisse erfüllen kann, die mit Pflegequalität und Lebensqualität in Einrichtungen verbunden werden, Punkte 5–6: Prozess- und Outcomeinformationen):

1. **Informationen über die Einrichtung:** z.B. Lokalisation, Typ der Einrichtungen und Dienstleistungen, Größe, Träger (Name, Ruf), Wartelisten
2. **Informationen über Bewohnerstruktur:** z.B. soziodemografische Faktoren wie Alter, Geschlecht, Ethnie, Dauer der durchschnittlichen Wohndauer, Pflegeabhängigkeit der Bewohner
3. **Informationen über das Personal:** z.B. Anzahl der Pflegenden pro Bewohner, Case-Mix der Bewohner in Bezug auf Personalstruktur, Fluktuationsrate des Personals
4. **Finanzielle Indikatoren:** Raten bzw. Kosten pro Monat, Ausgaben, Gewinn und Verluste des Trägers der Einrichtung, finanzielle Stabilität
5. **Informationen über das Beschwerdemanagement:** Art und Prozess des Beschwerdemanagements
6. **Klinische Qualitätsindikatoren:** zeigen Prozess- und Outcomequalität der Bewohner; die Herausforderung ist, die Indikatoren zu wählen, die für Verbraucher von Relevanz sind

Dieses entwickelte System wird mit Erkenntnissen aus der Literatur belegt. Die Autoren geben zu Bedenken, dass die Prozess- und Outcome-Indikatoren zwar am

wichtigsten sind, um Qualität zu beurteilen, aber den Verbrauchern es leichter fällt, zunächst die Strukturindikatoren zu bewerten.

### *Zusammenfassung*

Die Diskussionspunkte in den USA zu den zahlreichen Messinstrumenten ranken um die Frage der Reliabilität und Validität der Instrumente, die notwendige Stichprobengröße, die eine stabile Messung ermöglicht, die Multidimensionalität der Qualitätsmessungen, die Implikationen, wenn Ergebnisse in Rankings überführt werden, die Komplexität von Risikoadjustierungen, die Verzerrungen durch die Stichprobenwahl und Unterschiede im Assessment sowie in der Codierung der unterschiedlichen Anbieter. Validität, Reliabilität und Level der risiko-adjustierten veröffentlichten Daten geben in den USA Anlass zu Diskussionen (Davies & Marschall 1999).

Zu zahlreichen Themen können keine systematischen Aussagen gemacht werden. Allenfalls liegen zu den meisten Fragen Ergebnisse über Tendenzen vor. Es gibt Hinweise darauf, dass sich durch die veröffentlichten Qualitätsberichte die Qualität der Einrichtungen in einigen Bereichen der pflegerischen Versorgung verbessert, aber nicht in allen. Zu den Verbesserungen zählen bspw. die Verbesserung der Mobilitätsrestriktionen bei Langzeitbewohnern oder Schmerz und Delirium bei Kurzzeitbewohnern. Für Verbraucher/Klienten/Bewohner haben die Websites offensichtlich noch keine relevante Bedeutung. Andere Berufsgruppen, die bspw. die Entlassung von älteren Menschen aus Krankenhäusern vorbereiten und dafür verantwortlich sind, scheinen diese Website eher zu nutzen.

Damit die veröffentlichten Transparenzberichte Relevanz und Nützlichkeit für Verbraucher erhalten müssen zahlreiche Faktoren in der Darstellung berücksichtigt werden, die dann wiederum in ihrer Wirkung untersucht werden müssen. Es gibt zahlreiche Vorschläge zur Optimierung, die offensichtlich noch umgesetzt werden müssen.

Mit anderen Worten, die Erkenntnisse zur Wirksamkeit von veröffentlichten Qualitätsberichten auf Verbraucher, Einrichtungen und auf das Instrument sind noch

nicht hinreichend und umfassend systematisch vorhanden. Zahlreiche Fragen müssen noch untersucht werden.

### **2.3 Pflegesensitive Kriterien, Qualitätsindikatoren und Risikokriterien**

Die Frage, welche Aspekte der Langzeitpflege gemessen werden sollten, ist Gegenstand der Diskussion vieler Gesundheitssysteme. Damit hängt die Diskussion über pflegesensitive Outcomes bzw. Kriterien und Indikatoren in der Qualitätsmessung zusammen. Die pflegesensitive Outcomeforschung ist international wie national noch wenig eindeutig. Insgesamt fehlen Kriterien, die den spezifischen Beitrag des pflegerischen Handelns abbilden. Die pflegesensitive Outcomeforschung ist selten Gegenstand von Outcomeuntersuchungen im internationalen Raum. Es überwiegen Untersuchungen zu Klientenoutcomes. Ebenso verhält es sich mit den eingesetzten Instrumenten, die überwiegend den Gesundheitsstatus von Klienten darstellen. Es ist fraglich, inwieweit sie pflegebezogene Effekte nachweisen (Stemmer 2005). Der Mangel an pflegesensitiver Outcomeforschung muss insbesondere für Deutschland konstatiert werden. Es fehlen nach wie vor Indikatoren, die den spezifischen pflegerischen Beitrag abbilden und es existiert ein Mangel an wissenschaftlicher (theoretischer) Fundierung der zur Verfügung stehenden Instrumente (Görres et al. 2008).

In den letzten Jahren wurde von unterschiedlichen Autoren kritisch dargestellt, dass ein Mangel an pflegesensitiven Ergebniskriterien zu konstatieren ist (Görres et al. 2008; Stemmer 2009).<sup>7</sup> Ein derzeit laufendes Modell in Deutschland („Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“) ist damit beauftragt, Indikatoren zur Messung von Ergebnisqualität zu formulieren. Das Ergebnis des Projektes steht noch aus, so dass diese Erkenntnisse nicht in der vorliegenden Evaluation berücksichtigt werden können.

Für den Heimbereich werden folgende Kriterien im Hinblick auf die Ergebnisqualität aufgelistet: a) das Ergebnis sollte ein erwünschtes und ein unerwünschtes Outcome haben, b) das Ergebnis sollte von der Gesundheits- und Pflegeversorgung

---

<sup>7</sup> Die Problematik der Entwicklung von pflegesensitiven Indikatoren im Bereich Krankenhaus wird bei Stemmer (2009) deutlich. Sie stellt in einer Tabelle Indikatoren zur pflegebezogenen Outcomemessung von drei Organisationen in den USA einander gegenüber (Agency für Healthcare Research and Quality, National Quality Forum und American Nurses Association). Nur die Indikatoren „Verspätete Hilfe im Notfall“ sowie „Dekubitus/Druckgeschwür“ werden bei allen drei Organisationen aufgeführt.

beeinflusst werden können, c) die Maßnahme sollte auf den Outcomes von einer großen Bevölkerungsgruppe basieren, um zufällige Faktoren in der Performanzmessung zu reduzieren, d) die Maßnahme sollte Risikofaktoren berücksichtigen, die das Ergebnis beeinflussen, aber nicht von der Einrichtung zu beeinflussen sind (Porell & Caro 1998; Mukamel 1997).

Um Qualität in Einrichtungen der Langzeitpflege messen zu können, sind Qualitätsindikatoren erforderlich, die objektivierbar sind und gemessen werden können. Als Anforderung über Auswahl und Gewichtung von Qualitätsindikatoren formuliert Mittnacht (2006), dass diese nach ihrer Validität bestimmt werden müssen.<sup>8</sup> Dafür ist eine grundlegende Voraussetzung, dass die Qualität der einzelnen Versorgungsleistungen definiert wird und über die normative Beurteilung ein Konsens besteht. Es ist zu berücksichtigen, dass bei der Beurteilung von Qualität in Dienstleistungen weitere Einflussfaktoren wie individuelle, soziale und psychologische Determinanten eine Rolle spielen und eindeutige Aussagen zum Outcome erschweren (Mittnacht 2006). Eine Anforderung an Qualitätsindikatoren, um eine Qualitätsbeurteilung vornehmen zu können, ist zum einen, dass sie sich auf zentrale Versorgungsbereiche und -probleme beziehen. Indikatoren dieser Art werden auch als „klinische Qualitätsindikatoren“ bezeichnet und rekurrieren auf folgende Bereiche:

- a) Alltagsverrichtungen
- b) Mobilität - Sturz
- c) Kognitiver Status
- d) Hautstatus (Dekubitus)
- e) Schmerz

Zum anderen spielt Lebensqualität als Indikator eine wichtige Rolle. Reine Zufriedenheitsbefragungen bergen das Problem, dass sie einen geringen Aussagenwert haben, da bspw. „soziale Erwünschtheit“ die Ergebnisse beeinflusst.

---

<sup>8</sup> Jedoch kann nicht verschwiegen werden, dass die Messung von Pflegequalität schwierig und komplex ist, da die Pflegeleistung als Dienstleistung durch Komplexität, Immaterialität und Subjektivität unter anderem gekennzeichnet ist. Verschiedene und oftmals nicht zu differenzierende Faktoren beeinflussen die Qualität der Leistungen, dazu gehören die fachlichen und persönlichen Fähigkeiten der professionell Pflegenden, die Rahmenbedingungen sowie der Leistungsempfänger, der Einfluss auf das Pflegeergebnis hat (Stache 2008).

Im Rahmen von Messungen der Lebensqualität können Indikatoren wie Autonomie, Würde, Privatheit, Sicherheit, Komfort, Vergnügen und Spiritualität, bedeutsame Aktivitäten u.ä. erfasst werden (Schnabel 2009).

Stemmer (2009) weist auf die Problematik hin, dass die Qualität der Qualitätsmessung oftmals bei der Outcomemessung nicht berücksichtigt wird. Sie konstatiert, dass Zeitmangel, fehlende Einsicht und fehlende Motivation dazu führen kann, dass die dokumentierte Wirklichkeit nicht unbedingt der messbaren Wirklichkeit entspricht. Studien weisen daraufhin, dass dokumentierte Werte aufgrund von Zeitmangel auch Schätzwerte sein können. Um die Qualität der Messwerte zu erhöhen schlägt Stemmer vor, sich primär auf wenige und relevante Indikatoren zu beschränken.

In Bezug auf pflegesensitive Indikatoren für Transparenzinitiativen im englischsprachigen Raum definieren Gallagher und Rowell (2003), dass sie folgende Kriterien erfüllen müssen:

- a) sie müssen sensitiv sein auf den Input pflegerischer Maßnahmen bzw. Versorgung
- b) es muss anerkannt sein, dass sie in einem Zusammenhang stehen mit Pflegequalität
- c) sie müssen in einem Zusammenhang stehen mit Indikatoren, die stark mit hoher Pflegequalität korrelieren.

Pflege-sensitiv meint dabei nicht, dass Pflegende allein für die Outcomes bzw. für die Indikatoren verantwortlich sind, sondern sie repräsentieren Prozesse und Outcomes, die von Pflegenden beeinflusst werden und sie können von anderen Faktoren beeinflusst werden. Aber jede Änderung in Rolle und Verantwortung der Pflege ändert die Indikatoren in messbarer Weise (NQF Issue Brief 2007).

Zugrundgelegte Qualitätsindikatoren sollten darüber hinaus systematisch folgende Kriterien erfüllen: Inhaltsvalidität, Konstruktvalidität, Konsistenz über eine definierte Zeitperiode unterschiedlicher Einrichtungen und Regionen und Validität in der Hinsicht, dass sie Qualität in bestimmten Domänen der Versorgung repräsentieren

(Berg et al. 2002). Weitere wünschenswerte Kriterien sind, dass eine ausreichend große Anzahl von Betroffenen für die entsprechenden Indikatoren vorhanden sind, dass sie Bereiche repräsentieren, die für Konsumenten, Gesundheitsprofessionen und Anbietern von Interesse sind, dass sie nicht von dem Ergebnis der Datenerhebung abhängig sind, dass sie in der Kontrolle der Einrichtungen sind (Einrichtungen haben Einfluss auf Durchführung und Ergebnis der Indikatoren), dass sie auf Änderungen in der Durchführung von Maßnahmen und Interventionen reagieren und dass sie über angemessene Risikoadjustierungen verfügen (Berg et al. 2002).

Nakrem et al. (2009) führen eine internationale Studie durch, um die Validität von definierten pflegesensitiven Qualitätsindikatoren für den Bereich der institutionalisierten Pflege zu untersuchen. Die Autoren definieren pflegesensitive Qualitätsindikatoren als quantitative Ergebnisse oder Messungen, die einen professionellen Stand der Pflege und Betreuung reflektieren, welche die Qualität der Pflege überwachen und evaluieren. Zunächst zeigt diese Veröffentlichung, dass die für den Vergleich ausgewählten Länder eine unterschiedliche Anzahl von Indikatoren zugrundelegen. Darüber hinaus sind diese auch noch unterschiedlich präzise formuliert. Des Weiteren gibt es kaum Informationen aus den Ländern bezüglich der Dokumentation über die Entwicklung und Testung der Indikatoren. Da Pflegequalität in Heimen multidimensional ist, sollten umfassende Indikatoren gewählt werden, die die wichtigsten Dimensionen von Qualität widerspiegeln. Diese Veröffentlichung zeigt, dass es bisher **kein international anerkanntes Set von validen und umfassenden pflegesensitiven Indikatoren für den Pflegebereich** gibt. Des Weiteren gibt es keine Evidenz dafür, dass die Indikatoren Qualitätsunterschiede in der Pflege darstellen können und dass diese Informationen leicht aus den Daten extrahiert werden können. Die Autoren schlussfolgern, wenn Qualitätsindikatoren für Vergleiche und für Benchmarking genutzt werden sollen, müssen Probleme in Bezug auf adäquate Risikoadjustierung und Stabilität über die Zeit berücksichtigt werden. Solange die Qualitätsindikatoren nicht an Unterschiede in der Population angepasst sind, werden Risikofaktoren und Einrichtungscharakteristika inklusive Werte, Zielgruppen, Größe und Lokalisation, die Vergleiche erschweren. Der komplexe Zusammenhang zwischen den Dimensionen von Qualität bleibt dann unklar. Es ist nicht geklärt, welche Zusammenhänge zwischen einzelnen Indikatoren bestehen, die

unterschiedliche Bereiche abbilden. Beispielsweise: welcher Zusammenhang besteht zwischen Einzelzimmer mit privatem Badezimmer (Strukturqualität) und guter Kontinenzpflege (Prozessqualität) oder welcher Zusammenhang besteht zwischen Bewohnerzufriedenheit und Pflege (Outcomequalität). Ebenso ist einzubeziehen, dass der Leistungsempfänger das Produkt beeinflusst. Mit anderen Worten, auch wenn der Leistungsanbieter immer die gleichen internen Faktoren zur Verfügung stellt, wird die Qualität der Pflege aufgrund der divergierenden Faktoren bei den Leistungsempfängern eine andere sein. Es gibt also kein standardisiertes Referenz- oder Normprodukt (Henkel 2008).

In den USA hat im Jahr 2004 das National Quality Forum (NQF) einem Set von 15 konsentierten Anforderungen für pflegesensitive Pflege zugestimmt, den Anteil der Pflege, der für die Sicherheit und Gesundheitsoutcomes sowie professionelle Arbeitsumgebung von Relevanz sind, zu messen (Kurtzman & Corrigan 2007). Die Konsentierung durch das NQF wurde vom Centre for Medicare and Medicaid Services (CMS) in Auftrag gegeben, um sicher zu stellen, dass die Verbraucher, Anbieter und andere Interessenten die angemessenen Informationen erhalten, um die Qualität in den Heimen beurteilen zu können (NQF 2004). Für folgende Bereiche wurden pflegesensitive Qualitätsindikatoren festgelegt:

Pflege und Betreuung chronisch Erkrankter:

- Anzahl der Bewohner, deren Bedarfe an Hilfe und Unterstützungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens, gestiegen sind
- Bewohner mit großem Gewichtsverlust
- Bewohner, die mäßige bis starke Schmerzen während der 7-tägigen Assessmentperiode erfahren
- Bewohner, die physische Restriktionen während der 7-tägigen Assessmentperiode erfahren
- Bewohner, die die meiste Zeit im Bett oder in einem Stuhl verbringen während der 7-tägigen Assessmentperiode

- Bewohner, deren Fähigkeiten im Raum oder im anschließenden Korridor umher zu gehen, nachlassen
- Bewohner mit einer Harnwegsinfektion
- Bewohner, deren Stimmung oder Depression sich verschlechtert
- Hochrisiko Bewohner mit einem Dekubitalgeschwür und Bewohner mit durchschnittlichen Risiken und Dekubitalgeschwür
- Bewohner, die regelmäßig Kontrolle über Darm- und/oder Blasenentleerung verlieren (niedriges Risiko) und Bewohner, die einen Katheter haben zu jedem Zeitpunkt innerhalb der Assessmentperiode

#### **Post-akute Indikatoren**

- Kürzlich hospitalisierte Bewohner mit Symptomen von Delirium
- Kürzlich hospitalisierte Bewohner, die moderate bis starke Schmerzen zu jeder Zeit während der 7-tägigen Assessmentperiode erfahren haben
- Kürzlich hospitalisierte Bewohner mit Dekubitalgeschwüren

#### **Indikatoren für alle Bewohner**

- Pneumokokkenimpfungen für alle Bewohner über 65 Jahre
- Influenzaimpfungen für alle Bewohner
- Personalbesetzung

Die Mitglieder des NQF formulieren als Voraussetzung für entsprechende Indikatoren oder Anforderungen, dass sie die Dimensionen von Qualität widerspiegeln und aus diesem Grunde folgende sieben Dimensionen von Qualität umfassen sollen:

- Klinische Pflege (inklusive Gesundheitsversorgungsprozess und Outcomes)
- Funktionsstatus (physisch, kognitiv)
- Strukturelle Aspekte
- Lebensqualität



- Zufriedenheit (Bewohner, Familien, Mitarbeiter)
- Teilnahme am Management der Pflege
- Externe Beurteilung der Qualität (inklusive Akkreditierung, Umfrageergebnisse, Beschwerden und Mängel)

Die Kriterien für die konsentierten Anforderungen sind, dass sie auf Evidenz basieren und im Setting Pflegeheim getestet und als valide und reliabel beurteilt worden sind. Weitere Kriterien sind: dass sie frei und öffentlich zugänglich sind; für Bewohner und Verbraucher eine hohe Priorität widerspiegeln; dass die Prozesse und Outcomes im Einflussbereich der Einrichtungen liegen; dass sie von Verbrauchern einfach verstanden werden; dass die Last des Messens inklusive Datenerhebung und Anzahl der Messungen berücksichtigt werden; dass sie keine Anreize verursachen, die nicht dem Bewohner zugutekommen.

Fraglich ist auch, ob pflegesensitive Risikofaktoren definiert werden können. Ein Blick in den internationalen Raum zeigt, dass es dabei relevant ist, den Begriff in der Bedeutung eindeutig zu definieren. Einer der Autoren und Entwickler des Minimum Data Set definiert Risikofaktoren wie folgt:

*„Factors that systematically increase the risk of the condition for the resident, and over which the facility has little control or ability to intervene, and which are not themselves measures or reflections of poor quality, should be included as risk factors. A serious problem arises, however, if risk factors used for adjustment are, themselves, a function of poor care quality or if they represent problematic care practices.”* (Zimmerman 2003:252)

Es geht also um patientenbezogene Faktoren, die ein Ergebnis beeinflussen können und bereits vor der Intervention existieren (Ding 2009). Des Weiteren müssen für Risikofaktoren das zu erwartende Outcome, die Zeitdauer, die Population und der Zweck festgelegt werden (Ding 2009).

Die oben angeführte Definition und das Verständnis von Risikofaktoren im internationalen Raum weicht von der Begriffsbestimmung des MDS ab, da dieser als Risikofaktoren solche definiert, deren Nichterfüllung Auswirkungen auf die

Gesundheit bzw. Lebensqualität der Betroffenen haben und die für alle Bewohner unabhängig von ihrer Erkrankung zutreffen können (2010).

Mit anderen Worten, die Definition des MDS von Risikofaktoren in der Langzeitpflege steht in einem Zusammenhang mit schlechter Qualität und Pflege und liegt im Interventions- und Beeinflussungsbereich der Einrichtungen. Dieses Verständnis steht im Gegensatz zum Verständnis der Risikofaktoren im internationalen Raum, das vielmehr von patienten- bzw. klientenbezogenen Risikofaktoren ausgeht und deren Einfluss auf das Outcome.

Insgesamt ist es schwierig, sich an internationalen Definitionen zu orientieren, da die Autoren des MDS-SEG 2-Abschlussberichtes die gewählten Risikofaktoren auf die Transparenzkriterien beziehen und daraus risiko-adjustierte Transparenzkriterien entwickeln, um eine Vergleichbarkeit der Einrichtungen zu ermöglichen. Die Definition aus den USA entspricht im Vergleich mit dem im MDS-SEG 2-Abschlussbericht entwickelten Verständnis von Risikofaktoren eher der üblichen Definition von Risikofaktoren im Bereich des Gesundheitswesens (bspw. Risikofaktorenmodell für die Entwicklung von Krankheiten). Es wird jedoch deutlich, dass eine Definition für das bundesdeutsche System erfolgen muss, um auf dieser Basis entsprechende Berechnungen vornehmen zu können.

#### **2.4 Gegenwärtige Diskussion und Kritik: „Transparenzkriterien“ in Deutschland**

Aufgrund fehlender systematischer Ergebnisse zur Frage der Effektivität von Pflegetransparenzkriterien in Deutschland werden an dieser Stelle die öffentliche Kritik sowie zur Verfügung gestellte Materialien der Leistungserbringer zusammengefasst. Das dafür zugrundegelegte Material reicht von Pressemitteilungen über Zeitungsartikel wie Zeitschriftenbeiträgen bis hin zu systematisch erhobenen Daten der Leistungserbringer.

Die öffentliche Kritik in Pressemitteilungen und Zeitungsartikeln entzündet sich zum einen daran, dass die Benotung nicht die reale Situation der Pflegeheime und Dienste widerspiegelt. Die Kriterien seien irreführend und nicht geeignet, Qualität zu

messen und entsprechend darzustellen. Die Gesamtnote gebe kein objektives Bild wieder, da schlechte Noten durch gute ausgeglichen werden können (Süddeutsche Zeitung 22. Februar 2010). Ähnlich äußert sich auch der LfK (Landesverband freie ambulante Krankenpflege NRW e.V.) in einem offenen Brief an den Gesundheitsminister (vom 15.03.2010). Hier ist die Kritik allerdings, dass der Pflegezustand der Kunden auf der Basis der Pflegedokumentation vorgenommen werde. Für den ambulanten Bereich komme erschwerend hinzu, dass die Dokumentationsanfordernisse der stationären Pflege in der Benotung leitend seien. Als Beispiel wird in diesem Brief angeführt, dass auf die Frage der individuellen Wünsche des Kunden zur Körperpflege nicht nur dokumentiert werden müsse, dass der Kunde mit Seife oder Wachlotion gewaschen werde, sondern auch, welche spezifischen Präparate/Marke vom Pflegebedürftigen benutzt werden. Erfolge diese spezifische Dokumentation nicht, werde dies mit einer schlechten Note sanktioniert. Es sei im häuslichen Bereich davon auszugehen, dass auch die individuellen Waschlotionen, Seifen oder im Falle der Ernährung, Lebensmittel vorhanden seien. Diese Dinge müssten allerdings genau dokumentiert werden, um eine gute Note zu erhalten. Die Argumentation des LfK ist, dass diese Transparenzkriterien zu mehr Bürokratie und Dokumentationsaufwand führen und den Verbraucher letztlich in die Irre führten. Dieser Argumentation folgen auch Candidus & Reus, die fordern, dass sich die Qualitätsprüfung am Zustand des Pflegebedürftigen zu orientieren habe und nicht an der Dokumentation (2009). Diese Autoren führen kritisch an, dass für den Verbraucher aus den Bereichsnoten und Gesamtnoten nicht sichtbar werde, ob in den einzelnen Heimen subjektive Bedürfnisse erfüllt werden. Der Verbraucher frage sich z.B., was er suche und mit welchen Schwerpunkten. So könne es in Heimen sehr sauber und aufgeräumt sein, aber die Mitarbeiter haben möglicherweise wenig Zeit. In einer anderen Einrichtung ist es vielleicht nicht so aufgeräumt, dafür haben ggf. die Mitarbeiter mehr Zeit für die Bewohner.

Zum Punkt Berechnung der Notenbildung äußert sich „kliniken.de“ in zwei Pressemitteilungen (1. März 2010 und 4. März 2010). Die Autoren formulieren, dass die Benotung der Heime und Dienste rechnerisch nicht nachvollziehbar seien. Die von kliniken.de vorgenommenen Notenberechnungen fielen in fast allen Fällen, sowohl in den Einzelnoten wie in den Gesamtnoten, besser aus als die veröffentlichten Noten. Dabei beruhen die Nachberechnungen sowohl auf der

Ermittlung des arithmetischen Mittels der Einzelkriterien als auch auf den vier Qualitätsbereichen. Dieses Verfahren ist der Berechnung des Zensuredurchschnitts bei Zeugnissen nachempfunden. Kliniken.de kritisiert, dass die Berechnung der Noten in der Öffentlichkeit nicht transparent ist und aus diesem Grunde die Verbraucher in die Irre geführt werden, da das Berechnen des arithmetischen Mittels auf der Grundlage der Einzelnoten das übliche Verständnis von Verbrauchern sei. Zum jetzigen Zeitpunkt und auf der Grundlage der vorhandenen Informationen sei ein Nachvollziehen der Gesamtnote auf der Basis der veröffentlichten Einzelnoten nicht möglich. Derzeit bilde nicht der Durchschnitt der Einzelnoten die Gesamtnote, sondern der Durchschnitt der vergebenen Punktzahlen für die Einzelkriterien.

Heiber formuliert als Kritik an den Pflge­transparenzvereinbarungen, dass die Kritik am Ziel der veröffentlichten Transparenzberichte vorbeigeht (2009). Die Kritik, dass eine schlechte Note durch eine gute Note ausgeglichen werden könne, sei von der Sache her richtig, jedoch müsse beachtet werden, dass aus dem Grunde keine mangelhaften Heime, die eine gefährliche Pflege betreiben, vorhanden sein dürfen, da nach Gesetzeslage nur mit Pflegeeinrichtungen Verträge geschlossen werden können, die eine pflegerische Versorgung nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse gewährleisten. Einrichtungen, die eine gefährliche Pflege betreiben, erhalten in aller Regel unmittelbar nach Qualitätsprüfung und Ergebnis einen umzusetzenden Auflagenbescheid und Vergütungskürzungen, möglicherweise bis hin zum Verlust des Versorgungsauftrages. Mit anderen Worten, das Gesetz gebe bereits vor, dass es keine mangelhafte Pflege geben dürfe, da diese Einrichtungen sehr schnell nach Bekanntwerden diese Mängel abstellen müssen. Diese Maßnahmen können nicht erst durch eine Veröffentlichung von Teilergebnissen der Qualitätsprüfung erreicht werden.

Eine grundsätzliche Kritik an den Pflge­transparenzvereinbarungen übt Borutta (2009). In den Kriterien fehlten lebensweltliche Aspekte wie Wahrung der individuellen Alltagsnormalität, die in den 64 Kriterien eins bis vier nicht vorkommen. Auch seien die Formulierungen der Fragen teilweise suggestiv wie bspw. Frage 76: „Sind Sie mit den Essenszeiten zufrieden?“ Darüber hinaus könnten mit derartigen Fragen nicht die Autonomie der Betroffenen erfragt werden. Auch die dichotome

Verteilung der Punkte (nur 0 oder 10 Punkte), die keine weitere Ausdifferenzierung ermögliche und dass Noten schön gerechnet würden, werden kritisiert. Zu einer weiteren Verzerrung trage die Gleichgewichtung der Kriterien bei, die eine fachgerechte Medikamentenversorgung mit dem Angebot von jahreszeitlichen Festen im Heim gleichsetze. Ebenso würden Verzerrungen dadurch erreicht, dass in den vier Qualitätsbereichen eine unterschiedlich hohe Anzahl von Kriterien vorhanden ist, die die Grundlage zur Errechnung eines Gesamtmittelwertes bilden. Des Weiteren setze das rein quantitativ angelegte, standardisierte Kriterienmodell mit den errechneten Durchschnittswerten ein Messniveau voraus, das bislang in allen wissenschaftlich geführten Studien zur Messbarkeit nicht erreicht wurde. Die Noten geben dem Verbraucher auch nicht vor, welche Bedeutung bspw. eine 2,5 und eine 5,0 haben und welche Konsequenzen daraus zu ziehen sind. Borutta schlussfolgert, dass ein Konglomerat an Daten der sozialen Wirklichkeit der Bewohner/innen gegenüberstehe und zudem die Rahmenbedingungen der Pflegeeinrichtungen ausklammere. Insgesamt seien die Pflege-transparenzkriterien theoriefrei und qualitative Aspekte der Pflege würden ignoriert. Aus diesem Grunde sei es erforderlich, theoriegeleitete Outcome-Ansätze zu Grunde zu legen bzw. zu entwickeln.

Weibler-Villalobos und Röhrig (2010) kritisieren zum Einen, dass in den Pflege-transparenzkriterien nicht erläutert werde, auf welcher Basis die Nutzerrelevanz der Kriterien und Indikatoren für die Verbraucher bestimmt worden ist. Dies gelte auch für die Relevanz aus fachlicher Sicht. Nach ihrer Ansicht fehlen Kriterien, die aus fachlicher Sicht wichtig sind. Dafür gäbe es einige, die für die Abbildung von Qualität nicht sinnvoll seien. Die Autorinnen fordern, dass nicht relevante Kriterien nicht aufgenommen werden sollten. Dafür sollten umso stärker die fachlich wichtigen Kriterien integriert werden. Beispielhaft führen sie auf, dass Fragen der Personalqualifikation und -ausstattung überwiegend fehlen. Fragen nach der Planung, der Durchführungsqualität und den Ergebnissen der Versorgung stehen ungewichtet nebeneinander, ebenso wie Fragen nach der Lesbarkeit des Speiseplans oder jahreszeitlichen Festen. Sie geben kritisch zu bedenken, dass mit einer derartigen Berichterstattung möglicherweise Anreize in Einrichtungen gesetzt werden, bspw. Ressourcen in die Bereiche zu verlagern, die gemessen und berichtet werden und dafür andere zu vernachlässigen. Beispielsweise könne ein Kriterium

„Schutz vor Stürzen“ dazu führen, dass Bewohner immobilisiert werden. Aus diesem Grunde müsse zusätzlich noch ein Kriterium „Mobilisierung“ eingeführt werden. Aus methodischer Sicht wird angemerkt, dass für Ergebniskriterien in der Pflege belegt sein müsse, dass das Verhalten der Pflegeeinrichtung in der Tat das Ergebnis wesentlich beeinflusst. Für Struktur- und Prozessqualität müsse belegt sein, dass sich bei Verbesserung der Struktur auch die Prozesse und die Ergebnisqualität verändern. Dieser Zusammenhang sei wissenschaftlich allerdings nicht erwiesen. Des Weiteren würden in den Pflege-transparenzkriterien die Evidenzbasis und die fachlichen Grundlagen für die Auswahl der Kriterien nicht deutlich. Darüber hinaus sei es nicht sinnvoll, Ergebnis-, Struktur- und Prozessqualität gemischt zu erheben und dann auf der Basis dieser Werte einen Mittelwert zu bilden. Auch lasse die Definitionsklarheit und Objektivität der Kriterien zu wünschen übrig. So sei die Beurteilung von einer Vielzahl von Indikatoren der subjektiven Beurteilung der Prüfer überlassen. Eine Darstellung von sehr guter Qualität sei aus mehreren Gründen nicht möglich. Zum einen seien für eine Vielzahl von Indikatoren nicht sehr gute oder sehr schlechte Ausprägungen definiert, so dass relevante Veränderungen im Qualitätsniveau nicht wiedergespiegelt werden können. Zum anderen seien viele Kriterien so formuliert, dass pflegfachliche Standards oder eine Mindestversorgung abgebildet werden. Eine sehr gute Pflege könne auf dieser Basis nicht dargestellt werden. Ebenso äußern sich die Autorinnen kritisch dazu, dass viele Indikatoren nur dichotom beantwortet werden können und/oder kein Cut-Off definiert ist. Das heißt, es ist in vielen Fällen nicht eindeutig, ab wann ein Indikator als erfüllt bzw. nicht erfüllt betrachtet wird. Die fehlende Reliabilitäts- und Validitätsprüfung des Instrumentes werden in dieser Veröffentlichung ebenfalls genannt. Um eine Vergleichbarkeit der Daten herzustellen, favorisieren diese Autoren eine stratifizierte Stichprobenwahl. Als weitere Voraussetzungen für ein nach wissenschaftlichen Kriterien angemessenes Instrument formulieren die Autorinnen, dass die Indikatorenprofile für jeweils ein Qualitätskriterium gleich gewichtet sein müssen, da aus Indikatoren, die nicht gleich gewichtet sind, arithmetische Mittel gerechnet werden können. Auch sollten nur solche Qualitätskriterien zusammengefasst werden, die eine gemeinsame inhaltliche Ausrichtung haben. Falls dieses nicht der Fall sei, müssten die Indikatoren gewichtet und/oder KO-Kriterien bestimmt werden, um zu verhindern, dass ein Strukturkriterium ein Ergebniskriterium ausgleichen kann. Ein schwer wiegender Mangel bei einer Person dürfe bspw. nicht dadurch ausgeglichen

werden, dass bei neun anderen einbezogenen Personen dieser Mangel nicht auftritt. Die Bewohnerbefragung wird von den Autorinnen auf mehreren Ebenen kritisch betrachtet. Zum einen sei die Bewohnerbefragung nicht auf Gütekriterien getestet worden. Der Einsatz von bereits geprüften Instrumenten, bspw. zur Messung von Lebensqualität, sei zu bevorzugen. Zum anderen seien die Skalenwerte nicht äquidistant. Das heißt, der Abstand zwischen den Kategorien „nie“ und „gelegentlich“ beträgt 5 Punkte, der zwischen „gelegentlich“ und „häufig“ immer 2.5 Punkte.

Die Berechnungssystematik ist Gegenstand der kritischen Auseinandersetzung mit den Pfelegetransparenzkriterien von Möller und Zieres (2010). So wird angeführt, dass bei der Darstellung der Einzelergebnisse nicht die Einzelergebnisse, sondern die Mittelwerte je Kriterium veröffentlicht werden. Aufgrund der Berechnungssystematik werde der Verbraucher bspw. nicht darüber informiert, wenn eine Einrichtung bspw. bei der Dekubitusprophylaxe mit „mangelhaft“ ausschneidet oder das bei der Mehrzahl der Bewohner aufgrund unterlassener Maßnahmen ein Druckgeschwür entsteht. Dies habe auch damit zu tun, dass die Mittelwerte bestimmter relevanter bewohnerbezogener Kriterien im Qualitätsbereich 1 mit Durchschnittswerten anderer Kriterien innerhalb dieses Qualitätsbereiches ausgeglichen werden können. Ebenso kritisieren beide Autoren, dass die Kriterien gleichgewichtet sind und auf dieser Grundlage Mittelwerte gebildet werden. Die Verbraucher und Betroffenen erhalten hingegen aber nicht die Information, in welchen Bereichen genau die entsprechenden Einrichtungen eine gute oder schlechte Pflege anbieten. Die Kritik ist mit anderen Worten, dass durch die wiederholte Zusammenfassung von Einzelwerten und durch mehrmalige Mittelwertbildung Detailinformationen verloren gehen. Auf diese Weise werde eine wahre Qualität nicht sichtbar. Problematisch sei auch, dass in vielen Bereichen nur Mindestanforderungen abgefragt werden. Erfülle eine Einrichtung eine sehr viel bessere Qualität, so werde sie dafür nicht belohnt. Sie fordern deswegen, neben den Mindeststandards Exzellenzstandards einzuführen. Durch das Übergewicht von Kriterien der Struktur- und Prozessqualität werden nach Ansicht der Autoren Anreize gesetzt, sich diesen gegenüber verantwortlicher zu fühlen und damit die Ergebnisqualität zu vernachlässigen. Eine weitere Forderung ist demgemäß, Struktur- und Prozessqualitätskriterien durch Ergebnisqualitätskriterien zu ersetzen und Bewohnerbefragungen mit entsprechend validierten Instrumenten durchzuführen. Die Einführung von KO-Kriterien ist auch ein Bestandteil der

Forderung in diesem Beitrag. Einrichtungen, die diese Kriterien nicht erfüllen, sollten automatisch mit „mangelhaft“ bewertet werden (Bonato 2010).

Ein bundesweites vergleichendes Monitoring zur Durchführung und Veröffentlichung der Ergebnisse der Freien Wohlfahrtspflege zeigt auf der Basis von 197 Rückmeldungen verschiedene Trends auf. So geben die Ergebnisse Hinweise darauf, dass die Dauer der Prüfungen zwischen 7 und 16 Stunden liegt. Auch ist die Zahl der Prüfer pro Prüfung unterschiedlich. Am häufigsten waren 2 Prüfer vor Ort, aber es gab auch Prüfungen, in den 1 bis zu 10 Prüfer in den Einrichtungen anwesend waren. Die Prüfungsverlauf und die Erhebung der Stichprobe verliefen diesen Ergebnissen zur Folge gemäß den Vereinbarungen. Auch fand in der überwiegenden Anzahl ein Abschlussgespräch statt, in dem die Mängel dargestellt wurden. Allerdings führten offensichtlich Ausnahmefehler zu 78% zu einer schlechteren Note. Etwa 25% der Befragten erachteten die Bewertungssystematik als geeignet für die Darstellung der Qualität der Einrichtungen. Als Gründe wurden angeführt, dass die Ergebnisqualität nur mangelhaft abgeprüft werde und der Schwerpunkt zu sehr auf die Dokumentation liegt und auf einer dichotomen Bewertung der Kriterien (Döcker 2010).

Andere Pressestimmen ziehen insgesamt positive Schlüsse aus den bisherigen Ergebnissen und Erfahrungen zu den Pflegekriterien. So wird ihnen alles in allem bescheinigt, für eine Darstellung von Qualitätsunterschieden zwischen pflegerischen Einrichtungen und Diensten geeignet zu sein (Schrader 2010a; Schrader 2010b; Schweriner Volkszeitung 27.02.2010; Münchener Merkur 04.03.2010). Auch sei die Gesamtnote beizubehalten, um eine Orientierung auf den ersten Blick zu haben. Grundvoraussetzung sei aber dafür, dass wichtige Bereiche der pflegerischen Versorgung entsprechend in der Benotung gewichtet werden (Magdeburger Volksstimme 03.04.201; Der Tagesspiegel 16.06.2010). Gleichzeitig wird in entsprechenden Pressemitteilungen und –berichten auf Schwachpunkte der Pflegekriterien hingewiesen, die in weiteren Prozessen zu beheben seien wie bspw.: ungenügende Berücksichtigung von pflegerelevanten Kriterien in der Bewertungssystematik, dadurch möglicher Ausgleich von schlechten und guten Noten auf nicht vergleichbaren Ebenen (bspw. Ausgleich von schlechten Noten im Bereich bewohnerbezogene Kriterien durch eher strukturbezogene Kriterien), Einführung von pflegerelevanten Risikokriterien mit entsprechender Gewichtung,



Modifizierungen bei den Stichprobengrößen, Anpassung von Cut-Off-Punkten für die Noten, Modifizierung der Berechnungssystematik (Schrader 2010a; Care Konkret 5.3.2010; Care Konkret 26.3.2010; Münchener Merkur 04.03.2010). Die derzeit laufenden Gerichtsverfahren bzw. Klagen werden als Beleg dafür gewertet, wie wichtig die Pflegenoten sind. Des Weiteren hätte eine Mehrheit der Gerichte entschieden, dass die Berichte veröffentlicht werden müssen, so dass von einem Fortbestand der Pflege-transparenzkriterien ausgegangen werden könne (Schrader 2010a; Schrader 2010b). In einigen Beiträgen werden die Vorschläge des MDS zu möglichen Risikokriterien und Gewichtungen vorgestellt. (Schrader 2010a; Care Konkret 26.3.2010)

## **2.5 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen**

Im internationalen Raum, insbesondere in den USA, liegen den Transparenzinitiativen und Qualitätsberichten für den Verbraucher in vielen Fällen Datenerhebungen mit dem Minimum Data Set zu Grunde. Das heißt, das Protokoll für die Qualitätsprüfung und Darstellung der Qualität und Leistungen für die Öffentlichkeit sind identisch. Damit ist ein entscheidender Unterschied zur vorliegenden deutschen Transparenzinitiative gegeben, die zwei unterschiedliche Instrumente zugrundelegt.

Die Datenlage zu den Wirkungen von Transparenzinitiativen und des öffentlichen Berichtswesens ist nicht eindeutig. Insgesamt ist zu konstatieren, dass mehr systematische Veröffentlichungen zu den Wirkungen, Problemen und Diskussionsaspekten von Qualitätsberichten und Bewertungen der Qualität für den Bereich der Krankenhäuser in den USA und Großbritannien vorliegen. Nur wenige Veröffentlichungen beschäftigen sich mit der Langzeitpflege in der stationären und ambulanten Altenhilfe. Des Weiteren beruhen zahlreiche Studien überwiegend auf deskriptiven Designs, Beobachtungs- oder Fallstudien.

Insgesamt sind die Wirkungen der veröffentlichten Qualitätsberichte auf die Performanz und Outcomes der Pflege in den Einrichtungen nicht eindeutig. Je nach Veröffentlichung werden Verbesserungen in den Einrichtungen im Bereich Dekubitus, Schmerz, psychotrope Medikationen oder Mobilität festgestellt. Fraglich ist also, warum diese Ergebnisse hinsichtlich möglicher Qualitätsverbesserungen so

unterschiedlich sind. Liegen die Gründe im Design der Studien, in der Art der Erhebung oder in der Wahl der Indikatoren oder möglicherweise in der Qualitätserhebung bzw. im Transparenzverfahren. Diese Fragen müssen noch geklärt werden, um eine Antwort darauf zu finden, ob, wie und in welchen Bereichen Transparenzinitiativen die Qualität in Einrichtungen der ambulanten und stationären Langzeitpflege verbessern.

Aus den Ergebnissen zur Diskussion über die Anwendbarkeit und die Angemessenheit eines Messinstrumentes für alle Einrichtungen im Rahmen von Transparenzinitiativen kann zum einen die Schlussfolgerung gezogen werden, dass nur solche Outcomekriterien für eine Veröffentlichung und Benotung gewählt werden sollten, die auch von den Einrichtungen und Diensten im Sinne einer Risikoadjustierung beeinflussbar sind. Dies kann möglicherweise durch eine Berücksichtigung von pflegesensitiven Outcomes oder pflegesensitiven Risikokriterien geschehen. Eine andere Schlussfolgerung kann sein, dass für die Darstellung von Qualität und Leistungen Kernkriterien, die für alle Einrichtungen gleichermaßen gelten, und einrichtungsspezifische Kriterien gewählt werden, da nicht alle Kriterien für alle Einrichtungen zu treffen.

Die nachfolgende Tabelle 1 fasst stichwortartig die Ergebnisse zu Wirkungen der Qualitätsberichte zusammen. Es bleibt festzuhalten, dass basierend auf der internationalen Literaturrecherche zahlreiche Fragen noch offen sind: Es kann keine Antwort darauf gegeben werden, ob die Initiativen und Berichte für die Patientensicherheit und die Patientenorientierung in der Gesundheitsversorgung nützlich sind.

Erschwerend kommt hinzu, dass viele der in den USA durchgeführten Studien sich auf definierte Transparenzprogramme beziehen und nicht das gesamte System im Auge haben. Fung et al. (2008) formulieren, dass nicht gut durchdachte Initiativen das Verständnis der Verbraucher negativ beeinflussen. Die Autoren fragen, ob Verbesserungen in der Gestaltung und Umsetzung der Initiativen und des Berichtswesens möglicherweise die Performanzdaten der Einrichtungen im Hinblick auf Effektivität, Patientensicherheit und Patientenzentrierung verbessern könnten.

## Transparenzinitiativen und Qualitätsberichte im Gesundheits- und Pflegewesen

	Wirkungen auf die Qualität der Einrichtungen	Wirkungen auf Verbraucher/Klienten/Patienten	Aufbau u. Darstellung d. Transparenzberichte	Erhebungsinstrument
<b>Transparenzberichte u. -initiativen Krankenhäuser</b>	In einigen Bereichen Wirkungen erkennbar: Kliniken investieren mehr Ressourcen in Qualitätsverbesserungsmaßnahmen, Performanzergebnisse verbessern sich in einigen Bereichen, Bewusstsein für Qualität und Qualitätsverbesserungsmaßnahmen in den Kliniken verändert sich. Wirkungen auch von Ländern abhängig. In anderen Ländern (England) haben entsprechende Maßnahmen auch demotivierende Effekte gezeigt.	Qualitätsberichte dienen nicht als Entscheidungsgrundlage für die Wahl der Kliniken. Wirkungen auf Zielgruppe uneindeutig. Patienten wählen Kliniken auch im Wissen, dass diese in bestimmten Bereichen nicht gut abschneiden. Zielgruppe versteht oftmals die Daten und Angaben nicht oder misstrauen den Daten. Für Berichterstattung ausgewählte Qualitätsindikatoren erfüllen nicht immer Informationsbedürfnisse der Zielgruppe. Vermutlich auch zu hohe Informationsmenge in Qualitätsberichten.	Fraglich ist: welche Indikatoren sind geeignet, angemessen und sinnvoll für Verbraucher/Klienten/Patienten; Gütekriterien der Indikatoren. Verbraucher/Patienten verstehen oftmals Qualität aus dem Service- und Interaktionsbereich besser und können vielfach technische oder fachliche Informationen nicht bewerten. Gewichtsprozess der Informationen stellt hohe Anforderungen an die Zielgruppe. Transparenzberichte u. Websites müssen so gestaltet sein, dass Verbraucher Gewichtung u. Relevanz der Informationen selbstständig vornehmen können	
<b>Transparenzberichte u. -initiativen Langzeitpflege</b>	Wenig systematische Forschung zu dieser Frage. Verbesserung der Qualität in einigen Bereichen. Hinweise in der Forschung, dass Einrichtungsleitungen Berichte für Qualitätsverbesserungen nutzen wollen oder bereits nutzen.	Wirkungen Transparenzberichte auf Zielgruppe nicht bekannt. Vermutlich werden diese überwiegend von Gesundheitsprofessionen genutzt.	Zahlreiche Anforderungen an Struktur und Aufbau der Berichte und Websites, um diese für Verbraucher sinnvoll zu gestalten. Annahme ist, dass es nicht möglich ist, eine Website zu gestalten, die allen Bedürfnissen gerecht wird. Websites sollten so gestaltet sein, dass Verbraucher durch eine Entscheidung selbstständig gelenkt werden. Die Wirksamkeit sinnvoll aufgebaute Websites auf Verbraucher muss noch wissenschaftlich begleitet werden.	Diskussionen über das Erhebungsinstrument zu folgenden Themen: Gütekriterien, Stichprobengröße, Multidimensionalität von Qualitätsmessungen, Risikoadjustierung (Komplexität), Verzerrungen durch Stichprobenauswahl, Unterschiede in Erhebung und daraus resultierende Verzerrungen, Vergleichbarkeit der Einrichtungen, Umgang mit Berechnungsfehlern, Bestimmung qualitätsrelevanter Indikatoren
<b>Resümee</b>	Wirkung von Qualitätsberichten u. Transparenzinitiativen nicht systematisch in allen Bereichen nachweisbar.	Transparenzberichte haben für Verbraucher/Klienten/Patienten noch keine relevante Bedeutung in der Entscheidung für die Wahl der Krankenhäuser/Kliniken oder der stationären Langzeitpflege.	Die Gestaltung der Websites u. Qualitätsberichte ist noch nicht abgeschlossen. Diese müssen zahlreiche Kriterien erfüllen, um auch für Verbraucher/Klienten/Patienten sinnvoll zu sein.	Die Diskussionen über Gütekriterien der Instrumente sind noch nicht abgeschlossen. Zahlreiche offene Fragen müssen beantwortet werden.

**Tabelle 1: Ergebnisse zu Wirkungen von Transparenzberichten**

Es gibt zahlreiche offene Forschungsfragen zu den Wirkungsweisen der Qualitäts- und Transparenzberichte. Eine Frage ist, welche Werte die Verbraucher für den Bereich der stationären Langzeitpflege haben und welche Informationen sie benötigen, um Entscheidungen zu treffen. Als eine weitere Frage ist von hoher Relevanz, wer die Berichte und Daten nutzt und wie die Informationen präsentiert werden müssen, um die Nutzungsrate bei den Verbrauchern zu erhöhen.

Studien zur Frage der Effektivität von Qualitätsberichten für den Bereich Altenheime sind auch international selten. Mukamel und Spector (2003) nehmen an, dass die Wirkung von veröffentlichten Qualitätsberichten im Bereich der Langzeitpflege auf den Verbraucher geringer ist als in anderen Bereichen wie z.B. im Bereich Krankenhaus. Sie führen dies darauf zurück, dass in den USA in diesem Setting der Pflege weniger Wettbewerb und mehr öffentliche Träger vorhanden sind. Verbraucher, deren Kosten von Medicare oder Medicaid finanziert werden, müssen häufig in das Heim gehen, das ihnen zugewiesen wird, da dort ein Platz frei geworden ist. Ihre Präferenzen für Qualität oder Bereiche von Qualität können in diesen Fällen keine Rolle für ihre Wahl spielen. Weitere Evidenzen legen nahe, dass je höher die staatlich festgelegten Medicare oder Medicaid Tarife für die Heime sind, desto besser die Personalausstattung und Qualität zu sein scheinen. Die Qualitätsberichte für Heime sind abhängig von den Bundesstaaten unterschiedlich aufgebaut und unterschiedlich ausführlich. Zwar geben die meisten Informationen über Träger, Anzahl der Betten, Case-Mix, Personalausstattung und einigen Defiziten wie Beschwerden und die Art wie Verbraucher die Information nutzen. Aber die Information über Qualität in unterschiedlichen Bereichen der Pflege ist unterschiedlich differenziert. In den beiden Staaten Texas und Maryland werden bspw. 32 Indikatoren aufgelistet, die nach Risikogruppen stratifiziert werden. Mukamel & Spector (2003) empfehlen, dass nur solche Informationen in entsprechenden Qualitätsberichten aufgenommen werden, die für Verbraucher wichtig sind. Erste Hinweise in Deutschland geben die Interviews, die im Auftrag des GKV-SV an die Gesellschaft für Konsumforschung (GfK) durchgeführt wurden (s. Kapitel 4.2). Gleichwohl ist an diesen Ergebnissen erkennbar, dass differenziertere Ergebnisse über Präferenzen in der Darstellung von Qualität und Leistungen aus der Perspektive der Verbraucher (Pflegebedürftige, Angehörige, Gesundheitsberufe u.a.) notwendig sind, um diese zielgerecht präsentieren zu können. Aus anderen

Gesundheitsbereichen ist bekannt, dass Verbraucher es schwierig empfinden, mit komplexen Informationen umzugehen. Aus diesem Grunde sollten diese Berichte Informationen über Hotel- und Serviceleistungen wie einigen Bereichen der medizinischen und pflegerischen Versorgung abgeben. Es wäre für Verbraucher leichter, wenn die Berichte Hinweise über Zusammenhänge geben, bspw. wenn Heime mit hohen Werten im Bereich der „Prävention von Verlust des Funktionsstatus“ auch entsprechend gut abschneiden in der Prävention von Dekubitalgeschwüren und in dem Bereich der Hotelleistungen. Wenn solche Korrelationen existierten, könnten die Berichte zusammenfassende Statistiken über ein paar Indikatoren veröffentlichen. Allerdings zeigen Studien, dass Korrelationen nur zu einem geringen Teil nachzuweisen sind. Auch gehen die Autoren davon aus, dass ein gemeinsamer Wert für eine Gruppe von Indikatoren den Eindruck erweckt, dass alle Komponenten dieses Wertes miteinander korrelieren. Qualitätsindikatoren, die an Ergebnissen orientiert sind wie Funktionsstatus oder Prävalenz von Dekubitalgeschwüren oder Urininkontinenz, sind nicht nur von Prozessen der Pflege abhängig, sondern auch von Risiken der Bewohner und nicht direkt zu beeinflussenden Faktoren. Die Autoren nennen diese „Glück“. Aus diesem Grunde sollten derartige Daten risiko-adjustiert sein. Allerdings sind dafür ausreichend hohe Fallzahlen notwendig. Mukamel & Spector (2003) formulieren, dass Stichproben mit  $n=100$  als zu klein erscheinen. Die beiden Autoren schlussfolgern, dass der mögliche Nutzen von Qualitätsberichten für die Langzeitpflege auf den zwei Jahrzehnten Erfahrungen im Bereich der Kliniken und anderen Settings aufbauen sollte. Auch sie fordern jedoch, dass die methodischen Probleme der exakten Messung von Qualität berücksichtigt werden müssen.

Im internationalen Raum empfehlen Experten die Anwendung des Minimum Data Set, um Qualität und Qualitätsverbesserungen in der Langzeitpflege darzustellen (Wan 2003). Der Vorteil liegt darin, dass sowohl Patientenoutcomes wie Dekubitalgeschwüre, Inkontinenz, Verhalten der Bewohner, Bewohnerrechte, Mortalität, als auch Prozessindikatoren wie Mobilitätseinschränkungen, Hautpflege, Katheterisierungen und Ombudsmannprogramme einbezogen werden.

In Deutschland hingegen basieren die Ergebnisse der Transparenzberichte auf der Qualitätsprüfung durch die Qualitätsprüfungsrichtlinie im Rahmen der

Qualitätsprüfung durch den MDK. Da dieses Instrument bislang auch noch nicht hinreichend auf Gütekriterien überprüft worden ist (Görres et al. 2008), sind Vergleiche mit dem internationalen Raum schwierig. Dennoch sind einige Diskussionspunkte aus dem internationalen Raum von Relevanz für die Diskussion in Deutschland, da auch ein nationales Instrument wissenschaftlichen Kriterien entsprechen muss, um sinnvolle, angemessene und akkurate Ergebnisse zu produzieren. Vor diesem Hintergrund der internationalen Diskussion erscheint es ratsam, eine Definition bzw. ein Verständnis von Qualität zu formulieren und voran zu stellen, um den Begriff sowie die Teilbereiche Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu klären und damit auch das Verfahren der Messung und Benotung nachvollziehbarer zu machen. Bislang ist in Deutschland die Definition von Pflegequalität unklar. Es gibt keinen Konsens über Kriterien, Standards der Qualitätsbeurteilung sowie Zuständigkeit und Finanzierung (Kühnert 2009; Görres et al. 2006). Kühnert (2009) reflektiert diesbezüglich kritisch, dass die in den gemeinsamen Maßstäben und Grundsätzen formulierten inhaltlichen Zielsetzungen und Qualitätsmaßstäbe nicht wissenschaftlich begründet sind und die Perspektiven der Nutzer nicht einbeziehen.

Auch für die Veröffentlichung von Qualität und Leistungen der Pflege im Rahmen von Transparenzinitiativen bieten die Erfahrungen und Erkenntnisse aus dem internationalen Raum relevante Hinweise. Einige Erkenntnisse bezüglich der Gestaltung der Berichte und Websites haben das Potenzial, den Nutzen und die Sinnhaftigkeit der Transparenzberichte in Deutschland für den Verbraucher zu erhöhen. Dies gilt bspw. für den Hinweis, zunächst den Begriff der Qualität zu definieren, um auf diese Weise Verfahren und Bewertung transparenter zu gestalten, als auch durch entsprechende Maßnahmen, wie bspw. interaktive Websites, Anzahl und Differenziertheit der gewünschten Informationen dem Verbraucher zu überlassen. Die Komplexität in der Entscheidungsfindung bei Verbrauchern bzw. Klienten oder Patienten verdeutlicht, dass diese sich offenbar nicht nur auf der Basis von rationalen Kriterien für oder gegen eine Einrichtung entscheiden, sondern dass auch das Gefühl eine bedeutsame Rolle einnimmt. Die Qualität der Versorgung ist sicherlich ein wichtiger Bereich, aber für den Verbraucher spielen möglicherweise auch andere Faktoren in der Entscheidungsfindung eine Rolle wie z.B. „Kosten“, „Zahlungsmöglichkeiten“ oder „Dienstleistungen“. Die internationalen Erfahrungen

weisen daraufhin, dass die Informationen simplifiziert werden müssen. Der Nutzer muss zwar durch die Entscheidung gelenkt werden, sollte aber selbst entscheiden können, wie viele Informationen er an jedem Punkt haben möchte. Verbraucher benötigen die Möglichkeit, dass sie die Informationen nach subjektiven Bedürfnissen, Werten und Präferenzen werten und gewichten können. Des Weiteren erscheint es sinnvoll und wichtig, bestimmte Begriffe, Messmethoden und Qualitätsindikatoren in ihrer Bedeutung für Qualität zu erklären. Vor diesem Hintergrund wird auch deutlich, dass eine sinnvolle und der Zielgruppe angemessene Visualisierung der Informationen von großer Wichtigkeit ist.

### 3 Design und Methoden

Als Design dieser Evaluation wird eine formative Programmevaluation zugrundegelegt. Diese zeichnet sich dadurch aus, dass sie während einer laufenden Maßnahme oder Intervention eine systematische Bewertung nach wissenschaftlichen Kriterien und mit wissenschaftlich-systematischen und nachvollziehbaren Methoden vornimmt (Häder 2006). Zum Einsatz kommen qualitative und quantitative Methoden, um die Fragen der vorliegenden wissenschaftlichen Evaluation umfassend zu beantworten.

Grundlage der wissenschaftlichen Evaluation bildet das von Tu & Lauer (2008) entwickelte System der wissenschaftlichen Evaluation für Qualitätstransparenzinitiativen im Gesundheitswesen. Das Ziel der Veröffentlichung von Tu & Lauer (2008) ist es, einen Rahmen für Evaluationen zu bieten, um die Erfolge und Wirkungen von Transparenzinitiativen im Gesundheitswesen untersuchen zu können. Insbesondere für Programmevaluationen ist es nach Ansicht der Autoren von großer Notwendigkeit, den Kontext zu analysieren und darauf basierend relevante Fragen zu stellen. Für Programmevaluationen geben sie zu bedenken, dass Transparenzinitiativen von Rahmenbedingungen der Umwelt abhängig sind. Aus diesem Grunde sollten zum einen in Evaluationen Kriterien von gut funktionierenden Programmen bedacht werden. Zum anderen gilt es zu berücksichtigen, welche Ressourcen für ein zu untersuchendes Programm vorhanden sind, da diese die Ausführung und das Funktionieren entsprechend beeinflussen. Als *Schritt eins* einer Evaluation wird empfohlen, die Programmziele, Bedingungen und Zielgruppen sowie Ressourcen, Maßnahmen und Aktivitäten, Outputs und Outcomes zu beschreiben und auf dieser Basis ein logistisches Modell zu entwickeln. Dieses ist sinnvoll, um die relevanten Komponenten eines Programms zu analysieren. Dieser Schritt wurde in Kapitel 1 mit Abbildung 1 durchgeführt. Ein logistisches Modell kann behilflich sein, das Programm in seinen vielfältigen Bezügen und Zusammenhängen zu verstehen und Fragen zu formulieren. In einem *weiteren Schritt* werden die Untersuchungsschritte und -methoden definiert und ein Evaluationsdesign entwickelt, um zu verdeutlichen, wie die Fragen der Untersuchung beantwortet werden. In der nachfolgenden Abbildung 2 wird der Prozess der vorliegenden wissenschaftlichen Evaluation mit Hilfe eines logistischen Modells



dargestellt, um die Prozesse, Schritte und Zusammenhänge auf einen Blick zu präsentieren.

Die *Frage- und Zielstellungen* der wissenschaftlichen Evaluation werden in Kapitel 1 dargestellt. Die ausführliche Beschreibung der zur Verfügung gestellten *Daten* und *Methoden* erfolgt in den Kapiteln 3.1, 3.2 und 3.3. Für diese wissenschaftliche Evaluation sind wie auch in der Umsetzung des Programms Transparenzkriterien *Barrieren* zu beachten, die den Prozess beeinflussen. So stehen für die Evaluation nur 4,5 Monate (22. Februar 2010 bis 30. Juni 2010) zur Verfügung. Dabei sind Verzögerungen bei der Übergabe der erforderlichen Rohdaten zu verzeichnen, die erst Anfang Mai 2010 erfolgte. Weitere Barrieren sind, dass in Deutschland keine Erfahrungen mit der Evaluation und Veröffentlichung von Transparenzinitiativen in der Langzeitpflege vorliegen und Erkenntnisse aus dem internationalen Raum aufgrund unterschiedliche Mess- und Dokumentationsverfahren kaum zu übertragen sind (s. Kapitel 2). Wie Kapitel 2 darüber hinaus zeigt, ist die empirische Basis zu Wirkungen und Nutzen von Transparenzinitiativen noch wenig vorhanden. Zahlreiche Fragen sind noch nicht beantwortet. Des Weiteren konnten keine eigenen Daten erhoben werden. Es konnten nur solche **sekundäranalytisch** ausgewertet werden, die vom Auftraggeber zur Verfügung gestellt wurden. Als weitere limitierende Faktoren kommen hinzu, dass in der quantitativen Datenauswertung keine aktuellen Daten integriert werden konnten, die zur Verfügung gestellten Daten nur Auswertungen in einem begrenzten Umfang (vgl. Kapitel 3.3) zulassen und die Interviews der GfK nicht auf der Basis explorativer Erkenntnisinteressen durchgeführt wurden, um offen die Informationsbedürfnisse der Zielgruppen sowie Effekte entsprechender Transparenzberichte auf die Zielgruppen zu untersuchen. Auch waren die Auftragnehmerinnen nicht in Prozesse der auf politischer Ebene durchgeführten und möglichen Adjustierungen beteiligt, die möglicherweise einen Einfluss auf das Verfahren sowie die Benotungssystematik haben. Als *Outcomes* dieser wissenschaftlichen Untersuchung können kurzfristige Ergebnisse erwartet werden. Die langfristigen und mittelfristigen Ergebnisse können in umfassenderen Untersuchungen in der Zukunft angestrebt werden. Dafür bedarf es **weiterer Erfahrungen** und **langfristig angelegter Untersuchungen**.

Graphische Darstellung: Entwicklung und Umsetzung der Pflegetransparentenzkriterien – Formative Programmevaluation

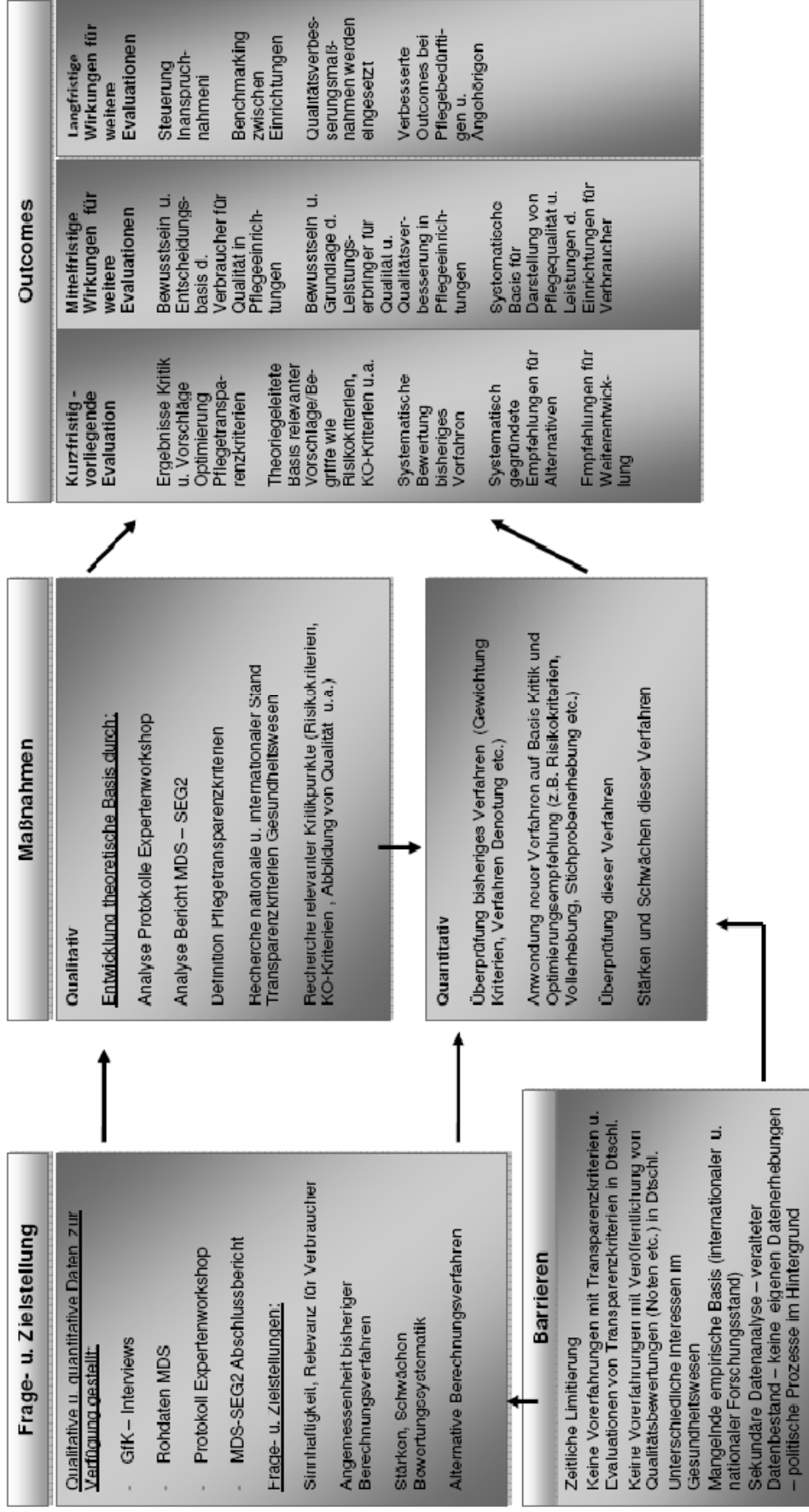


Abbildung 2: Formative Programmevaluation: Pflegetransparentenzkriterien

### 3.1 Beschreibung der Daten und Datenqualität

Mit Hilfe von **qualitativen** und **quantitativen Methoden** werden **sekundäranalytisch** vom Auftraggeber zur Verfügung gestellte Daten analysiert. Dabei handelt es sich:

- a) um einen Bericht einer systematischen Evaluation über Verständlichkeit und Verbraucherfreundlichkeit der Transparenzberichte, durchgeführt vom Meinungsforschungsinstitut GfK. Dieser Bericht wird ergänzt um zusammenfassende Protokolle der realisierten Interviews und Videoaufnahmen mit den Interviewten, die von der GfK erstellt wurden. Die Interviews wurden in Form von persönlichen Tiefeninterviews in der Zeit vom **11. Januar 2010 bis 15. Januar 2010** durchgeführt. In der Befragung wurde ein Pflegeportal in den Fokus und in die Aufmerksamkeit der Befragten gerückt ([www.pflegelotse.de](http://www.pflegelotse.de)). Insgesamt wurden 62 Personen interviewt (Senioren ab 60 Jahren = 26; Bezugspersonen ab 40 Jahren = 27; Mitarbeiter von Pflegestützpunkten = 9). Es wurde nicht ersichtlich, wie die Interviewten rekrutiert wurden bzw. ob und welche Einschlusskriterien die Teilnahme an den Interviews bestimmten.
- b) um Protokolle der Workshops und eigene Mitschriften des **am 22.02.2010** vom GKV-SV in Berlin durchgeführten Expertenworkshops zum Thema Transparenzkriterien. Von der GKV-SV werden insgesamt drei zusammenfassende Protokolle für die Analyse zur Verfügung gestellt.
- c) Abschlussbericht MDS und SEG 2: Evaluation der Transparenzberichte. **Stand 16.02.2010**. Qualitative und quantitative Auswertung der Transparenzberichte der Medizinischen Dienste für die stationäre und ambulante Pflege. Dieser Bericht umfasst 53 Seiten und fasst die Erkenntnisse der Mitarbeiter des MDS sowie der SEG 2 zu den bisherigen Ergebnissen und Erkenntnissen der ambulanten und stationären Pflegetransparenzberichte zusammen.
- d) um **aggregierte Rohdaten** des MDS: Transparenzdaten aus bundesweiten stationären Einrichtungen und ambulanten Diensten. Hierbei handelt es sich um **Daten**, die im Berichtsraum **August und September 2009** für die

stationäre Pflege und **Oktober und November 2009** für die ambulante Pflege im Rahmen der entsprechenden Transparenzprüfungen erhoben wurden. Die Daten wurden Anfang Mai 2010 zur Verfügung gestellt. Es liegen Daten zu **928 stationären Einrichtungen und 231 ambulanten Diensten** vor. Die Daten enthalten Informationen zu Anzahlen: Anzahl Befundeter, Anzahl Befragter, Anzahl Befundeter ohne Befragung und Anzahl der Personen, die in die jeweilige Benotung eingehen. Des Weiteren liegt für jedes Einzelkriterium, für die zusammengefassten Qualitätsbereiche und für die Gesamtbewertung eine Benotung über die jeweilig einbezogenen Bewohner/Kunden vor. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass die zur **Verfügung gestellten Rohdaten bereits auf Einrichtungs-/Dienstebene aggregiert sind** und zudem **keine Informationen zu strukturierenden Merkmalen** wie Trägerschaft der Einrichtung oder Bundesland der Einrichtung etc. zur Verfügung stehen.

Im MDS-SEG 2-Abschlussbericht werden die Daten wie folgt beschrieben:

*„Für die stationäre Pflege wurden von allen MDK Daten an den MDS zur weiteren Auswertung geliefert. Aus technischen Gründen konnten die Daten aus den MDK Rheinland-Pfalz und Niedersachsen nicht in die Auswertung einbezogen werden. Daten zu den Prüfungen in der ambulanten Pflege haben die folgenden MDK geliefert: MDK Bayern, MDK Berlin-Brandenburg, MDK Hessen, MDK Mecklenburg-Vorpommern, MDK Sachsen-Anhalt, MDK Westfalen-Lippe, MDK Nordrhein, MDK Thüringen, MDK Sachsen und MDK Rheinland-Pfalz. Der MDK Baden-Württemberg hat erst im Januar 2010 mit der Prüfung ambulanter Dienste begonnen. Aus technischen Gründen konnten in die Auswertung der ambulanten Prüfungen nur die Daten des MDK Bayern, des MDK Berlin-Brandenburg, des MDK Hessen, des MDK Mecklenburg-Vorpommern, des MDK Sachsen-Anhalt, des MDK Westfalen-Lippe, des MDK Nordrhein und des MDK Thüringen einbezogen werden.*

*In die Datenanalyse sind nur vollständige Datensätze eingeflossen, d.h. Datensätze, die Angaben zu den Noten auf Ebene der Kriterien, der Bereiche und des rechnerischen Gesamtergebnisses gemäß des Datenkranzes zur*

*Transparenzvereinbarung enthielten. Insgesamt sind das für die stationäre Pflege 928 Fälle (Stand: 11.12.2009). Ausgehend von einer Grundgesamtheit von ca. 11.000 zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen konnten damit Ergebnisse zur Transparenz für ca. 9 Prozent aller zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen in die Auswertungen einbezogen werden. Es sind alle zur Verfügung stehenden und verarbeitbaren Daten aus den Berichtszeiträumen einbezogen worden, eine Selektion nach Prüfarten hat nicht stattgefunden. Die Daten umfassen mit Ausnahme der Länder Niedersachsen, Bremen und Rheinland-Pfalz Daten aus allen Bundesländern, so dass alle Regionen Deutschlands (Norden, Süden, Osten, Westen) in die Auswertungen einbezogen werden konnten.*

*Für die ambulante Pflege:*

*„Bei der Umsetzung der Transparenzvereinbarungen wurde in den MDK zunächst Priorität auf die stationäre Pflege gelegt. Aus diesem Grund liegt bislang nur eine vergleichsweise geringe Fallzahl ambulanter Prüfungen vor. Grundlage der Auswertungen ambulanter Prüfungen sind insgesamt 231 Datensätze (Stand: 25.01.2010). Ausgehend von ca. 11.500 zugelassenen ambulanten Pflegediensten konnten damit die Ergebnisse zur Transparenz für 2 Prozent aller zugelassenen ambulanten Dienste berücksichtigt werden. Es sind alle zur Verfügung stehenden und verarbeitbaren Daten aus den Berichtszeiträumen einbezogen worden, eine Selektion nach Prüfarten hat nicht stattgefunden. Die Daten umfassen Daten aus den Bundesländern Bayern, Berlin-Brandenburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt, Westfalen-Lippe, Nordrhein und Thüringen, so dass alle Regionen Deutschlands (Norden, Süden, Osten, Westen) in die Auswertungen einbezogen werden konnten.“ (MDS-SEG 2-Abschlussbericht 2010).*

Die Datenquellen a bis c werden qualitativ ausgewertet. Die aggregierten Rohdaten werden wie vorgelegt verwendet einer umfassenden quantitativen Datenanalyse unterzogen.

### **3.2 Qualitative Methodik**

Theoretisch wird die qualitative Analyse geleitet von der qualitativ-heuristischen Sozialforschung. Qualitativ-heuristische Forschung will im Gegensatz zur Hermeneutik nicht interpretieren, sondern explorieren und die gesamte Situation einbeziehen. Es geht um Entdeckung von Strukturen und Verläufen (Kleining 1994; Kleining 1995). Mit Hilfe textbeachtender Methoden und qualitativen Analyseverfahren werden die Texte und Materialien kritisch auf Gemeinsamkeiten untersucht. Es geht im Wesentlichen darum, Strukturen zu entdecken und neu zu ordnen. Dafür müssen alle zur Verfügung stehenden Daten analysiert werden. Das Ende des Forschungsprozesses ist erreicht, wenn eine Sättigung der Datenanalyse und -auswertung erzielt ist und wenn alle Informationen über den Gegenstand ermittelt sind. Mit anderen Worten, das Ziel ist, Neues zu entdecken und Bekanntes auf neue Art zu interpretieren. Dies geschieht u.a. mit der Methode der maximalen strukturellen Variation, d.h. es werden so viele Perspektiven und Positionen wie möglich einbezogen. Die Exploration und systematische Heuristik ist insbesondere dadurch gekennzeichnet, dass alle Daten zum Thema akzeptiert werden und möglichst viele Positionen und Perspektiven zugelassen werden. Dafür werden auch unterschiedliche Datenerhebungs- und Analysemethoden angewendet, die der Datenerhebung und Datenauswertung dienen, da unterschiedliche Methoden den Gegenstand unterschiedlich darstellen. Die Analyse verfolgt das Ziel, die Daten auf Gemeinsamkeiten zu untersuchen, indem Daten mit Ähnlichkeiten und jeweils ähnlichen Informationen gruppiert werden (Kleining 1994; Kleining 1995). Aus diesem Grunde werden für die qualitative Analyse der vorliegenden wissenschaftlichen Evaluation nicht nur die zur Verfügung gestellten Materialien berücksichtigt, sondern auch weitere Quellen wie Pressemitteilungen oder Zeitungsartikel zum Thema.

Für die Auswertung des Protokolls und der eigenen Mitschriften wird die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring & Gläser-Zikuda (2008) angewendet. Die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse eignet sich vor allem für Analysen von Materialien, die aus irgendeiner Art von Kommunikation, d.h. sprachlichen Einheiten bzw. Grundlagen, stammen (Mayring 2003). Dabei geht sie theorie- und prozessgeleitet vor und ermöglicht auf diese Weise eine Nachvollziehbarkeit der Analyse. Das Ziel ist, die Materialien so weit zu reduzieren, dass nur die wesentlichen dem

Erkenntnisinteresse dienlichen Inhalte erhalten bleiben. Eine analytische Methode ist nach Mayring (2003) die inhaltliche Strukturierung. Es geht darum, bestimmte Themen, Inhalte und Aspekte aus dem Material herauszufiltern und zusammenzufassen. Ein weiteres Ziel der qualitativen Inhaltsanalyse ist eine deduktiv und induktiv geleitete Konstruktion und Begründung eines Kategoriensystems mit dessen Hilfe das Material analysiert wird (Mayring 2003). Welche Inhalte aus dem Material extrahiert werden sollen, wird durch theoriegeleitet entwickelte Kategorien und (sofern) notwendig Unterkategorien entschieden. Nach der Bearbeitung des Textes mittels des Kategoriensystems wird das in Form von Paraphrasen extrahierte Material zunächst pro Unterkategorie, dann pro Hauptkategorie, zusammengefasst.

In diesem Falle hat die qualitative Inhaltsanalyse vor dem Hintergrund der qualitativ-heuristischen Sozialforschung das Ziel, die relevanten Themen und Diskussionspunkte zu explorieren und mögliche Gemeinsamkeiten oder auch Unterschiede sowie Erkenntnisse aus den unterschiedlichen Materialien herauszufiltern. In dieser wissenschaftlichen Evaluation werden die Kategorien zum einen aus dem Material (Interviews, Protokolle, Abschlussberichte) induktiv sowie deduktiv aus den Erkenntnissen des Stands der Forschung (Kapitel 2) gebildet. Die über die qualitative Analyse ermittelten Ergebnisse werden über Literaturrecherchen theoretisch untermauert und ergänzt. Wesentliche Grundlage dafür bildet Kapitel 2.

### **3.3 Quantitative Methodik**

Für die quantitative Auswertung der Transparenzdaten des MDS aus bundesweiten stationären Einrichtungen und ambulanten Diensten werden zunächst klassische psychometrische Testgütekriterien überprüft, da diese als Standard jedes wissenschaftlichen Bewertungsverfahrens anzusehen sind. Wir orientieren uns hierbei an der klassischen Definition von Lienert (1969:7), der Tests und ihre Gütekriterien definiert hat. In Anlehnung hieran wird die Erhebung von Transparenzdaten als *„wissenschaftliches Routineverfahren zur Untersuchung ... empirisch abgrenzbarer ... Merkmale mit dem Ziel einer möglichst quantitativen Aussage über den relativen Grad der individuellen Merkmalsausprägung“* verstanden. Die überprüften zentralen Gütekriterien sind Objektivität, Reliabilität und

Validität (vgl. hierzu auch Bortz & Döring 2006:195ff). Die Objektivität eines Verfahrens ist dabei als unverzichtbar anzusehen, da bei mangelnder Objektivität, die Ergebnisse des Verfahrens von der jeweiligen Anwendungssituation abhängig und somit nicht mehr sinnvoll miteinander vergleichbar sind. Reliabilität bezeichnet die Präzision (Messgenauigkeit) des verwendeten Verfahrens. Mangelnde Reliabilität bedeutet, dass das Verfahren nicht in der Lage ist, die erfragten Sachverhalte mit genügender Genauigkeit zu erfassen. Da mangelnde Objektivität auch die Reliabilität beeinflusst, kann die erzielte maximale Reliabilität nicht höher als die erzielte Objektivität eines Verfahrens sein. Das wichtigste – und in der Regel am aufwendigsten zu überprüfende Gütekriterium – ist die Validität. Hierbei wird überprüft, ob das Verfahren tatsächlich misst, was es zu messen intendiert. Trotz hoher Objektivität und Reliabilität kann ein Verfahren eine geringe Validität aufweisen. Die Verwendung eines Verfahrens, für das diese wesentlichen Gütekriterien nicht überprüft und als ausreichend erfüllt nachgewiesen sind, ist aus wissenschaftlicher Sicht in Frage zu stellen und wird deshalb auch im vorliegenden Gutachten an zentrale Stelle gerückt. Bei der Qualitätsbeurteilung psychologischer Tests werden darüber hinaus noch Kriterien zur Skalierung, Normierung, Testökonomie, Nützlichkeit, Zumutbarkeit, Unverfälschtheit und Fairness betrachtet (Moosbrugger & Kelava 2007:8). Die Bewertung der Praktikabilität des Verfahrens – also Aussagen zur Bewertung des Aufwandes für die Durchführung des Verfahrens – ist nicht Gegenstand des vorliegenden Gutachtens, da hierzu keine systematischen Daten vorliegen. Aussagen zur Pflegesensitivität der einzelnen Kriterien werden in Kapitel 2.3 detailliert behandelt.

Weitere zentrale Punkte zur Überprüfung der verwendeten Methodik sind die Diskussion der verwendeten Stichprobenverfahren, eine methodische Überprüfung der Rechen- und Bewertungssystematik sowie eine Item- (Kriterien-) Analyse anhand der zur Verfügung gestellten Daten. Da von der Auswahl der Stichprobe ganz entscheidend abhängt, welche Ergebnisse erzielt werden, und ob *„die aus einer Stichprobe erzielten Aussagen ... ‚vernünftige Näherungen‘ für die Parameter der Grundgesamtheit sind“* (Kreienbrock 1989:9), muss diesem Bereich der Pflegetransparenzvereinbarungen ebenfalls erhebliche Aufmerksamkeit gewidmet werden. Bei der Beurteilung der verwendeten Rechen- und Bewertungssystematik stehen folgende Gesichtspunkte im Vordergrund: Skalenniveau der gemessenen



Items (vgl. Ostermann & Wolf-Ostermann 2005:18ff) und Zusammenfassung zu aggregierten Kennzahlen. Überprüft werden weiterhin die Zuordnung von Kennzahlen zu Noten, die Variabilität in den einzelnen Noten der Bewertungsbereiche sowie die jeweiligen Zusammenhänge zwischen Benotungen einzelner Kriterien und zusammenfassenden Benotungen für Qualitätsbereiche bzw. Gesamtnoten. Anhand der im nachfolgenden Kapitel 3.3.1 definierten Risikokriterien können exemplarisch verschiedene Bewertungsmodelle entwickelt und bezüglich der sich daraus ergebenden Benotungen im stationären und im ambulanten Fall simuliert werden, um die Stabilität verschiedener Verfahren überhaupt abschätzen zu können.

### **3.3.1 Definition und Wahl der Risikokriterien**

Die Einführung von Risikokriterien in der Berechnungssystematik der Pflegetransparenzkriterien ist ein Vorschlag, der sowohl im Abschlussbericht von MDS-SEG 2 (2010) als auch in den Expertenworkshops der Expertentagung des GKV-SV diskutiert wurde (s. Kapitel 4.2). Des Weiteren sind Risikokriterien auch ein Thema für Qualitätsmessungen und Transparenzinitiativen im internationalen Raum, um Qualität zwischen unterschiedlichen Einrichtungen vergleichbar darzustellen (s. Kapitel 2).

Im Verständnis der Autoren des MDS-SEG 2 Abschlussberichtes werden unter Risikokriterien diejenigen verstanden, deren Nichterfüllung Auswirkungen auf die Gesundheit bzw. Lebensqualität der Betroffenen haben und die für alle Bewohner unabhängig von ihrer Erkrankung zutreffen können (2010). Mit diesem Verständnis weichen die Autoren des Abschlussberichtes vom internationalen Verständnis von Risikofaktoren im Zusammenhang mit Transparenzinitiativen ab. Im internationalen Raum werden unter Risikofaktoren solche subsumiert, die von den Einrichtungen nicht zu beeinflussen sowie bewohner-/patientenbezogen sind und bereits vor der Intervention bzw. Maßnahme bestehen. Dazu gehören bspw. Erkrankungen der Bewohner, Alter, Geschlecht und weitere Faktoren (s. Kapitel 2.3). Sie dienen vor allem der Risikoadjustierung definierter Qualitätsindikatoren, um eine Vergleichbarkeit der Einrichtungen zu ermöglichen.

Da international und national kein systematisch entwickeltes Verständnis von Risikofaktoren im Zusammenhang mit Qualitätsmessungen und Transparenzinitiativen in der Langzeitpflege zu finden ist, wird in der vorliegenden Evaluation für Risikofaktoren eine Begriffseingrenzung in der Systematik pflegesensitiver Qualitätsindikatoren und Outcomemessungen auf der Basis der Erläuterungen in Kapitel 2.3 vorgenommen.

Demnach sind **Risikokriterien** solche Kriterien,

- die durch Einrichtungen und Dienste beeinflussbar sind,
- Relevanz haben für Pflegequalität vor allem im Sinne der Ergebnis- und Lebensqualität,
- Qualität multidimensional widerspiegeln,
- und deren Nichterfüllung zu Pflegedefiziten führen.

Diese Begriffseingrenzung bewegt sich sowohl im Verständnis pflegesensitiver Outcomemessungen als auch im Verständnis der Autoren des MDS-SEG 2.

### **Pfade für die quantitative Evaluation**

Für eine mögliche Weiterentwicklung der Berechnungssystematik der Pflegetransparenzkriterien werden im Folgenden Vorschläge unterbreitet, die die gegenwärtigen Diskussionen der Fachöffentlichkeit (Abschlussbericht MDS-SEG 2) sowie der Expertentagung und diversen kritischen Veröffentlichungen (s. Kapitel 2.4; Kapitel 4.2) aufnehmen.

Zu berücksichtigen ist jedoch, dass diese Vorschläge unter dem Vorbehalt formuliert werden, dass die Gütekriterien des Instrumentes noch nicht überprüft worden sind, so dass wesentliche Kriterien für die Einschätzung der Validität und Reliabilität bislang fehlen. Für die jeweiligen Pfade ist jeweils die Frage leitend, welche Auswirkungen diese jeweils auf die Notenberechnung haben und welche Konsequenzen daraus resultieren.

Vor dem Hintergrund von § 115 Abs. 1a SGB XI wurden die Transparenzkriterien sowohl für den ambulanten wie für den stationären Bereich in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie Lebensqualität eingeordnet, da der Gesetzgeber die Darstellung der Ergebnis- und Lebensqualität in den Vordergrund der Transparenzberichte gestellt hat.

Für die Einteilung der Kriterien in die drei Kategorien der Qualität wurde folgendes theoretisches Verständnis zugrunde gelegt (Donabedian 1966; Schwartz et al. 2003; Ollenschläger 2007; Mittnacht 2010):

<b>Strukturqualität</b>	Rahmenbedingungen gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung; z.B. Zahl und Qualifikation des Personals, Infrastruktur, Gebäude, Regelungen über Aus-, Fort- und Weiterbildung, organisatorische und finanzielle Rahmenbedingungen
<b>Prozessqualität</b>	Aktivitäten von Gesundheitsprofessionen in der Gesundheits- und Pflegeversorgung (bspw. Ärzte, Pflegende u.a.); Therapie, Beratung, Medikation, Grund- u. Behandlungspflege, Anamnese, Befunderhebung u.a.; Definition von Prozessqualität erfordert, dass Therapie- oder Arbeitskonzepte der Einrichtungen vorliegen, die die notwendigen Prozesse messbar beschreiben wie Ablaufpläne oder Verfahrensanweisungen
<b>Ergebnisqualität</b>	End- bzw. Zielpunkte der Gesundheits- und Pflegeversorgung; beschreibt die Veränderungen des Gesundheitszustandes, die sich durch Handeln von Gesundheitsprofessionen ergeben wie bspw. Veränderungen des Pflegezustandes, Heilung oder Linderung von Gesundheitszuständen, Mortalität, subjektive Befindlichkeiten, Einschränkungen oder Verbesserungen in Verrichtungen täglicher Aufgaben, Patienten-/Klientenzufriedenheit etc.
<b>Lebensqualität</b>	Individuelle und objektive Wahrnehmung der Lebenssituation im Kontext und in Bezug auf: der jeweiligen Kultur, des jeweiligen Wertesystems und der individuellen Ziele, Erwartungen, Beurteilungsmaßstäben und Interessen

**Tabelle 2: Definitionen Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität und Lebensqualität**

Gemäß dieser Einordnung und Definition der vier Kategorien von Qualität wurden **bspw.** Wörter und Begriffe wie

- „sind zielgruppengerechte Bewegungs- und Aufenthaltsflächen vorhanden“, „gibt es identifikationserleichternde Milieugestaltung in Zimmern und Aufenthaltsräumen“ als Indikatoren für **Strukturqualität**
- „ist nachvollziehbar“, „entspricht ärztlichen Anordnungen“, „sind sachgerecht angelegt“, „werden erforderliche ... durchgeführt“ als Indikatoren für **Prozessqualität**
- „Ist Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung?“ oder „Ist Flüssigkeitsversorgung

angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung?“ als Indikatoren für **Ergebnisqualität**

gewertet und die entsprechenden Kriterien den Kategorien der 4 Qualitätsdimensionen zugeordnet.

Nach eingehender Prüfung und Diskussion konnten für den **stationären Bereich** nur die Kriterien T 15 und T 16 aus dem Qualitätsbereich 1 als Kriterien der Ergebnisqualität identifiziert werden. Die restlichen Kriterien aus Qualitätsbereich 1 wurden überwiegend als Prozesskriterien eingeordnet. Im Qualitätsbereich 2 für den stationären Bereich wurde die überwiegende Anzahl der Kriterien als Prozesskriterien eingruppiert. Die Kriterien T 40, T 41, T 42, T 43 sowie T 45 wurden als Strukturkriterien identifiziert. In Qualitätsbereich 3 dominieren ebenfalls die Prozesskriterien bis auf T 54 und T 55, die als Strukturkriterien erkannt wurden. In Qualitätsbereich 4 wurden nur Prozesskriterien gefunden. Die Befragung der Heimbewohner wurde keiner weiteren Analyse unterzogen, da überwiegend anerkannt ist, dass methodische Probleme in der Bewohnerbefragung vorliegen und das Instrument möglicherweise nicht aussagekräftig ist.

Für den **ambulanten Bereich** konnten in keinem der Bereiche Kriterien der Ergebnisqualität analysiert werden. Ein weiteres Ergebnis ist, dass Kriterien der Prozessqualität in allen Bereichen dominieren.

Kriterien der Lebensqualität konnten weder im stationären noch im ambulanten Bereich identifiziert werden.

In einem weiteren Schritt wurden auf der Basis von Kapitel 2.3 die Bereiche identifiziert, die auch international für die Darstellung von Qualität in der Langzeitpflege von Bedeutung sind. In der Zusammenschau wurden folgende analysiert:

- Ernährung und Flüssigkeit
- Schmerz
- Kontinenz

## Design und Methoden

- Funktionsstatus
- Dekubitus
- Mobilität/Mobilitätsrestriktionen
- Kontrakturen
- Depression
- Infektionen
- Psychotrope Medikationen
- Beschwerdemanagement

Der Qualitätsbereich 1 beinhaltet die meisten für die Pflege und medizinische Versorgung relevanten Kriterien und ist demgemäß für die Abbildung der Qualität von relevanter Bedeutung. Dementsprechend wurden in einem weiteren Schritt Kriterien aus dem Qualitätsbereich 1 den einzelnen Punkten zugeordnet (s. Tabelle 3). Für die ambulante Pflege wurde noch der Qualitätsbereich 2 hinzugezogen, da in diesem die medizinische Versorgung abgebildet wird. Für jeden dieser Punkte wurde jeweils ein Kriterium aus dem Qualitätsbereich 1 und für die ambulante Pflege auch aus dem Qualitätsbereich 2 gewählt und zugeordnet. Da insgesamt nur zwei Kriterien der Ergebnisqualität gefunden werden konnten, wurden alternativ Kriterien der Prozessqualität herangezogen, die vermuten lassen, dass aus diesen Konsequenzen münden, die in eine bessere Ergebnisqualität resultieren. Es muss jedoch betont werden, dass dieser Weg nur ein Kompromiss darstellt und Prozesskriterien als Substitute für Ergebniskriterien herangezogen werden. Idealerweise sollten Kriterien der Ergebnisqualität hier Berücksichtigung finden. Gleichwohl ist zu berücksichtigen, dass nicht immer Ergebniskriterien das Mittel der Wahl sind, da diese auch zahlreichen Limitationen unterliegen (Donabedian 2005). Donabedian (2005) weist daraufhin, dass Ergebniskriterien nicht immer relevant sind, weil bspw. ein bestimmtes Ergebnis in einem bestimmten Kontext nicht von Bedeutung ist und aus diesem Grunde schlecht gewählt ist. Des Weiteren bestimmen viele weitere Faktoren die Qualität, die berücksichtigt werden müssen. Auch können bestimmte Ergebnisse wie Zufriedenheit der Zielgruppen u.a. nicht einfach untersucht werden. Nicht zuletzt geben bestimmte Ergebnisse keine Hinweise auf die Natur oder Verortung von Stärken und Schwächen bzw. Prozessen, die zu einem bestimmten Ergebnis geführt

haben. Vor diesem Hintergrund weist Donabedian (2005) daraufhin, dass Ergebniskriterien und Outcomes mit größter Sorgfalt selektiert werden sollten. Folgende Zuordnungen wurden vorgenommen:

	<b>Stationäre Pflege (PTVS – vom 17. Dezember 2008)</b>	<b>Typ des Kriteriums Stationäre Pflege</b>	<b>Ambulante Pflege (PTVA – vom 29. Januar 2009)</b>	<b>Typ des Kriteriums Ambulante Pflege</b>
<b>Ernährung und Flüssigkeit</b>	T 15, T 18	Ergebnis	T 5, T 8	Prozess
<b>Schmerz</b>	T 20	Prozess	-	
<b>Kontinenz</b>	T 22	Prozess	T 25 (wenn im Pflegedienst entsprechende Kunden vorhanden) T 26 Stomabehandlung (wenn im Pflegedienst entsprechende Klientel vorhanden)	Prozess
<b>Funktionsstatus</b>	-		-	
<b>Dekubitus</b>	T 11	Prozess	T 11	Prozess
<b>Mobilität/Mobilität srestriktionen</b>	T 29	Prozess	T 17	Prozess
<b>Kontrakturen</b>	T 27	Prozess	T 13	Prozess
<b>Depression</b>	-		-	
<b>Infektionen</b>	-		T 21 (wenn im Pflegedienst entsprechende Kunden vorhanden)	Prozess
<b>Psychotrope Medikationen</b>	-		-	
<b>Beschwerde-management</b>	Nur in Qualitätsbereich 3 und als Strukturkriterium – findet keine Berücksichtigung		Nur in Qualitätsbereich 3 als Strukturkriterium – findet keine Berücksichtigung	

**Tabelle 3: Zuordnung Transparenzkriterien**

Diese gewählten Kriterien werden nach dem Verständnis der vorliegenden Evaluation und auf der Basis internationaler Literaturrecherchen als Risikokriterien im Bereich der Transparenzkriterien verstanden und zugeordnet und dienen den alternativen Rechenmodellen mit Risikokriterien als Grundlage.

## Design und Methoden

Pfad 1	Pfad 2	Pfad 3	Pfad 4	Pfad 5
Transparenzkriterien werden beibehalten und Risikokriterien gewählt	Kriterien in Prozess-, Struktur- und Outcomekriterien in den Qualitätsbereichen differenzieren und entsprechende Gewichtungen bzw. Differenzierungen vornehmen	Auswahl von Kriterien, die für Pflegequalität von Relevanz sind; die anderen Kriterien werden nur für Leistungsdarstellung herangezogen	Auswahl von KO-Kriterien; Nichterfüllung dieser Kriterien führt zu einer Abwertung der Note bzw. zu einem Mangelhaft in einer Bereichsnote bzw. Gesamtnote	Methodische Aspekte: - Bestimmung eines Cut-Off - Skalierung - Stichprobengröße/-ziehung - Risikoadjustierung - Stratifizierung - Stichprobenverfahren - Gütekriterien des Instrumentes
<b>Bereiche:</b> Ernährung und Flüssigkeit, Schmerz, Kontinenz, Funktionsstatus, Dekubitus, Mobilitätsrestriktionen, Kontrakturen, psychotrope Medikationen, Depression, Infektionen, Beschwerdemanagement	<b>Problem:</b> Es gibt fast nur Prozesskriterien, die überwiegend auf der Basis von Dokumentationen bewertet werden; Pfad ist nicht möglich in der Durchführung	Ergebnisse der Risikokriterien für Qualitätsdarstellung und damit Note relevant; die weiteren Kriterien dienen der Leistungsdarstellung		
<b>Mögliche Kriterien</b> <b>Stationäre Pflege:</b> T 15, T 18, T 22, T 11, T 27, T 29 <b>Ambulante Pflege:</b> T 5, T 8, T 11, T 17, T 13 und T 21 und Q 26 (wenn Kunden im ambulanten Dienst vorhanden)	<b>Mögliche Kriterien</b> Keine Kriterien sowohl für den ambulanten wie für den stationären Bereich, da Prozesskriterien dominieren. Dieser Pfad ist nicht möglich.	<b>Mögliche Kriterien</b> <b>Stationäre Pflege:</b> T 15, T 18, T 22, T 11, T 27, T 29 <b>Ambulante Pflege:</b> T 5, T 8, T 11, T 17, T 13 und T 21 und T 26 (wenn Kunden im ambulanten Dienst vorhanden)	<b>Mögliche Kriterien</b> Aus wissenschaftlicher Sicht sind keine KO-Kriterien per se zu nennen. Auch zeigt die internationale Literatur keine Hinweise auf KO-Kriterien.	
<b>Frage:</b> Welche Wirkung auf Notengebung? Welche Konsequenzen resultieren daraus? <b>Probleme:</b> Kriterien Lebensqualität fehlen; derzeitige Bewohnerbefragung methodisch in Frage zu stellen	<b>Frage:</b> Welche Wirkung auf Notengebung? Welche Konsequenzen resultieren daraus? <b>Probleme:</b> Kriterien Lebensqualität fehlen; derzeitige Bewohnerbefragung methodisch in Frage zu stellen	<b>Frage:</b> Welche Wirkung auf Notengebung? Welche Konsequenzen resultieren daraus? <b>Probleme:</b> Kriterien Lebensqualität fehlen; derzeitige Bewohnerbefragung methodisch in Frage zu stellen	<b>Frage:</b> welche Wirkung auf Notengebung? Welche Konsequenzen resultieren daraus? <b>Probleme:</b> Kriterien Lebensqualität fehlen; derzeitige Bewohnerbefragung methodisch in Frage zu stellen	<b>Frage:</b> welche Wirkung auf Notengebung? Welche Konsequenzen resultieren daraus? <b>Probleme:</b> Kriterien Lebensqualität fehlen; derzeitige Bewohnerbefragung methodisch in Frage zu stellen

Tabelle 4: Pfade der Evaluation

Die **gewählten Risikofaktoren** sind als eine **alternative Möglichkeit** zu den selektierten Risikofaktoren des MDS gewählt worden. Auch vor dem Hintergrund, um die **Auswirkungen** von Risikofaktoren - abhängig von der Wahl - auf **die Notengebung** und **Stabilität** der Notengebung zu untersuchen. Damit ist **zunächst nicht ausgesagt**, dass die vom **MDS gewählten Risikofaktoren** nicht die richtigen seien, sondern sie beruhen auf einer **anderen Begründungs- und Herleitungssystematik**.<sup>9</sup> Des Weiteren werden auf diesem Wege die **Konsequenzen** unterschiedlich **gewählter Risikofaktoren deutlich**. Darüber hinaus ist zu beachten, dass die **Risikofaktoren systemimmanent** gewählt wurden. In einem frei zu entwickelnden Instrument wäre die Wahl von Risikokriterien sehr wahrscheinlich anders ausgefallen. Ideal wäre in diesem Zusammenhang, aus einem validierten Instrument systematisch entwickelte Indikatoren mit – wenn angemessen und sinnvoll Risikoadjustierung - zu wählen, die zwischen guter und schlechter Qualität unterscheiden können und eine systematisch gut begründete Vergleichbarkeit zwischen den Einrichtungen ermöglichen, und diese für Transparenzinitiativen zugrundelegen (vgl. Kapitel 6.3.2).

Grundsätzlich ist erforderlich, die **Pflegesensitivität der Risikofaktoren** zu untersuchen, wenn sie dem nationalen Verständnis von Risikofaktoren entsprechen sollen. Dieses ist sowohl im Bericht des MDS-SEG 2 als auch in der vorliegenden Evaluation aufgrund fehlender zeitlicher Ressourcen nicht erfolgt.

Die Pfade alternativer Berechnungen werden in der nächstfolgenden Tabelle 3 darstellt. Basis und Hintergrund dieser Pfade bilden die Diskussionen in den Workshops der Expertentagung sowie der öffentlichen Kritik an den Transparenzkriterien (s. Kapitel 2.4 und Kapitel 4.2).

---

<sup>9</sup> Neben der theoriegeleiteten Wahl der Risikokriterien sind bewusst Kriterien gewählt worden, die näher an der Systematik im internationalen Raum liegen. D.h., sie haben ähnlich wie im internationalen Raum die Einschätzung des Pflegezustandes zu bestimmten Bereichen zum Inhalt, die idealerweise mit standardisierten Instrumenten und in regelmäßigen Abständen erhoben werden. In den USA werden die auf diese Weise erhobenen Daten in ein Computersystem eingegeben und über zum Teil risikoadjustierte Indikatorenbildung für Transparenzinitiativen zugrundegelegt.



Modell	Definition	Bewertungssystematik
<p><b>Modell I</b>  <u>„Gewichtungsmodell“</u>   <b>Modell Ia</b>  <b>Modell Ib</b>  <b>Modell Ic</b></p>	<p>Es werden alle Kriterien für eine Bewertung verwendet, Risikokriterien werden gewichtet, Berechnung und Benotung erfolgt wie im bisherigen Verfahren</p>	<p>Risikokriterien werden mit dem Faktor „2“ gewichtet                      Risikokriterien werden mit dem Faktor „5“ gewichtet                      Risikokriterien werden mit dem Faktor „10“ gewichtet</p>
<p><b>Modell II</b>  <u>„Abwertungsmodell“</u></p>	<p>Es werden alle Kriterien für eine Bewertung, Berechnung und Benotung zunächst wie im bisherigen Verfahren, anschließend erfolgt ggf. eine Abwertung anhand nicht erfüllter Risikokriterien</p>	<p><u>Abwertung im stationären Fall</u>                      wenn 1 Risikokriterium bei mindestens 1 Bewohner/-in nicht erfüllt*, dann Abwertung um eine Note                      wenn 2-3 Risikokriterien bei mindestens 1 Bewohner/-in nicht erfüllt, dann Abwertung um zwei Noten                      wenn 4-5 Risikokriterien bei mindestens 1 Bewohner/-in nicht erfüllt, dann Abwertung um drei Noten                      wenn 6-7 Risikokriterien bei mindestens 1 Bewohner/-in nicht erfüllt, dann Abwertung um 4 Noten</p> <p><u>Abwertung im ambulanten Fall</u>                      wenn 1 Risikokriterium bei mindestens 1 Bewohner/-in nicht erfüllt, dann Abwertung um eine Note                      wenn 2-3 Risikokriterien bei mindestens 1 Bewohner/-in nicht erfüllt, dann Abwertung um zwei Noten                      wenn 4-5 Risikokriterien bei mindestens 1 Bewohner/-in nicht erfüllt, dann Abwertung um drei Noten                      wenn 6-8 Risikokriterien bei mindestens 1 Bewohner/-in nicht erfüllt, dann Abwertung um 4 Noten</p>
<p><b>Modell III</b>  <u>„Reduziertes Modell“</u></p>	<p>Es werden nur Risikokriterien für eine Bewertung verwendet, Berechnung und Benotung anhand dieser Kriterien wie im bisherigen Verfahren.</p>	

Modell	Definition	Bewertungssystematik
<p><b>Modell IV</b>  <u>„Risikokriterienmodell“</u></p>	<p>Es werden nur Risikokriterien für eine Bewertung verwendet, Berechnung und Benotung erfolgt nur anhand nicht erfüllter Risikokriterien</p>	<p><u>Bewertung im stationären Fall:</u>                      alle Risikokriterien bei allen Bewohner(inne)n erfüllt                      → Note 1 „sehr gut“                      wenn 1 Risikokriterium bei mindestens 1 Bewohner/-in nicht erfüllt                      → Note 2 „gut“                      wenn 2-3 Risikokriterien bei mindestens 1 Bewohner/-in nicht erfüllt                      → Note 3 „befriedigend“                      wenn 4-5 Risikokriterien bei mindestens 1 Bewohner/-in nicht erfüllt                      → Note 4 „ausreichend“                      wenn 6-7 Risikokriterien bei mindestens 1 Bewohner/-in nicht erfüllt.                      → Note 5 „mangelhaft“</p> <p><u>Bewertung im ambulanten Fall:</u>                      alle Risikokriterien bei allen Bewohner(inne)n erfüllt                      → Note 1 „sehr gut“                      wenn 1-2 Risikokriterien bei mindestens 1 Bewohner/-in nicht erfüllt                      → Note 2 „gut“                      wenn 3-4 Risikokriterien bei mindestens 1 Bewohner/-in nicht erfüllt                      → Note 3 „befriedigend“                      wenn 5-6 Risikokriterien bei mindestens 1 Bewohner/-in nicht erfüllt                      → Note 4 „ausreichend“                      wenn 7-8 Risikokriterien bei mindestens 1 Bewohner/-in nicht erfüllt.                      → Note 5 „mangelhaft“</p>

**Tabelle 5: Exemplarische Modelle zur Bewertungssystematik (\*„nicht erfüllt“ bedeutet, dass eine Bewertung schlechter als 4,0 vorliegt)**

### **3.3.2 Modelle und Berechnungspfade**

Die in Tabelle 5 aufgelisteten Modelle sind beispielhaft für die zuvor betrachteten Bewertungspfade zu verstehen. Die Vorstellung dieser Modelle erfolgt exemplarisch. Die Modelle sollen dabei als mögliche Entscheidungshilfen verstanden werden, um Auswirkungen geänderter Bewertungsverfahren auf das Spektrum der Benotungen nachvollziehen zu können. Im Vordergrund stehen dabei die Fragen, welche Auswirkungen explizite Gewichtungen von einzelnen Kriterien haben (implizite Gewichtungen liegen durch die Formulierung mehrfacher Kriterien zu einem Sachverhalt wie bspw. Dekubitus in dem Instrument bereits vor) und wie sich eine explizite Trennung in bewertete Risikokriterien und begleitende, nicht bewertete Kriterien zur Leistungsdarstellung auswirkt. Hierfür wurden vier verschiedene Modelltypen entwickelt, die gemäß ihrer Konstruktion als „Gewichtungsmodell“, „Abwertungsmodell“, „Reduziertes Modell“ und „Risikokriterienmodell“ bezeichnet werden.

## 4 Auswertung und Darstellung der Ergebnisse

Nachfolgend werden nun die Ergebnisse der quantitativen und qualitativen Sekundäranalysen der vom Auftraggeber zur Verfügung gestellten Daten vorgestellt. Zunächst werden die Ergebnisse zur quantitativen Auswertung der Rohdaten (vgl. Kapitel 3.1 und Kapitel 3.3) berichtet. Im Anschluss folgen die qualitativen Auswertungen und Darstellungen der Interviews sowie der Protokolle der Workshopergebnisse „Expertenworkshop am 22. Februar 2010“ und des MDS-SEG 2 Abschlussberichtes (2010).

### 4.1 Quantitative Auswertung und Darstellung der Daten

Die im Rahmen der hier vorliegenden Evaluation berichteten Ergebnisse zur quantitativen Auswertung der Rohdaten basieren auf denselben Daten, wie sie auch für den Abschlussbericht der MDS-SEG 2-Gruppe (MDS 2010) zugrundeliegen, weshalb auf eine nochmalige ausführliche Beschreibung der Datengrundlage an dieser Stelle verzichtet wird (vgl. Kapitel 3.1). Es sei jedoch an dieser Stelle ausdrücklich auf die komplexe und zur Nachvollziehbarkeit von methodischen Auswirkungen auch schwierige Datenlage hingewiesen. Die Daten liegen weder im stationären noch im ambulanten Fall als tatsächliche Rohdaten vor, auch wenn im Weiteren - der Sprachregelung des MDS folgend - von Rohdatensätzen gesprochen wird. Die erhobenen Daten zu den Transparenzkriterien werden zum einen auf Bewohner-/ Kundenebene abgefragt, zum anderen auf Einrichtungs- oder Dienstebene. Die Daten auf Bewohner-/Kundenebene liegen dabei nur als Mittelwerte aus den Noten vor, hierbei gehen jeweils pro Kriterium unterschiedliche Anzahlen (s. Kapitel 4.1.2) in die Berechnung ein. Die jeweiligen diesem Gutachten zugrundeliegenden „Rohdaten“ sind daher eine Mischung aus auf Kriteriumsebene aggregierten Daten (Noten) sowie tatsächlichen Rohwerten (ebenfalls als Noten). Vereinzelt fällt in den Rohdaten auf, dass **Datenfehler** vorliegen (so gibt es bspw. die Kriteriumsnote „6“ oder die Anzahl einbezogener Einrichtungen/Dienste ist bei Kriterien, die auf Einrichtungs-/Dienstebene erhoben werden, größer als eins). Für die vorliegenden Ergebnisse kann hierfür keine Korrektur vorgenommen werden. Problematisch ist auch die Verwendung der Note 0,0 (diese wird auch in den veröffentlichten Berichten ausgewiesen!), wenn keine Benotung erfolgt ist. Es sei an

## Auswertung und Darstellung der Ergebnisse

dieser Stelle auch schon darauf hingewiesen, dass in den vorliegenden Daten nur offensichtliche Datenfehler erkannt werden können, diese jedoch als Hinweis auf weitere mögliche systematische Fehler, die nicht direkt erkennbar sind, ernst genommen werden sollten.

Die nachfolgende Tabelle fasst die Aufteilung von Kriterien noch einmal für die jeweiligen Qualitätsbereiche zusammen (vgl. Tabelle 6).

	Anzahl Kriterien (Items)	Kriterien auf Bewohner-/Kundenebene erhoben und nachfolgend aggregiert	Kriterien auf Einrichtung-/Dienstebene erhoben
<b>Stationärer Bereich</b>			
<b>Q1: Pflege und medizinische Betreuung</b>	35	T1 – T33	T34, T35
<b>Q2: Umgang mit demenzkranken Bewohnern</b>	10	T36 – T39, T44	T40 – T43, T45
<b>Q3: Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung</b>	10	---	T46 – T55
<b>Q4: Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene</b>	9		T56 – T64
<b>Q5: Befragung der Bewohner</b>	18	T65 – T82	
<b>Ambulanter Bereich</b>			
<b>Q1: Pflegerische Leistungen</b>	17	T1 – T17	---
<b>Q2: Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen</b>	10	T18 – T27	
<b>Q3: Dienstleistung und Organisation</b>	10	T28	T29 – T37
<b>Q4: Befragung der Kunden</b>	12	T38 – T49	

**Tabelle 6: Qualitätsbereiche und Kriterien der Pflegekonzernkriterien**

Neben den (teilweise aggregierten) Daten zu allen Einzelkriterien und den zugrundeliegenden Fallzahlen liegen zudem noch die Bereichs- und Gesamtnoten vor. Informationen über strukturelle Daten zu Einrichtungen/ Diensten (Trägerschaft, Bundesland, etc.) liegen nicht vor.

#### 4.1.1 Gütekriterien

Zu den aus methodischer Sicht zunächst grundlegenden Fragestellungen bezüglich eines quantitativen Forschungsinstrumentes gehört die Überprüfung klassischer Gütekriterien, da diese als Standard jedes wissenschaftlichen Bewertungsverfahrens anzusehen sind (vgl. Kapitel 3.3). Daher sollen die Ergebnisse dieser Überprüfung auch im vorliegenden Gutachten sinnvollerweise an den Anfang der Auswertung gestellt werden. Die hier formulierten Ergebnisse beziehen sich dabei sowohl auf die Methodik im stationären (PTVS) wie im ambulanten (PTVA) Fall. Ergänzend zu den klassischen Gütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität wird ergänzend auch die Praktikabilität des Instrumentes betrachtet und auf eine Itemanalyse eingegangen werden.

##### ● Objektivität

Ein Verfahren ist dann objektiv, wenn es die zu erfassenden Merkmale unabhängig vom Durchführenden, Auswertenden und von der Ergebnisinterpretation misst (vgl. Moosbrugger & Kelava 2007:8 oder Bortz & Döring 2006:195). Das heißt bezogen auf die Anwendung der Pflegetransparenzvereinbarungen, dass dieses Verfahren auf der Ebene

- a) der Datengewinnung (Durchführungsobjektivität),
- b) Der Datenauswertung (Auswertungsobjektivität) und
- c) der Dateninterpretation (Interpretationsobjektivität)

Objektivität gewährleisten muss.

Zu a)

Bezüglich der Durchführungsobjektivität ist zunächst positiv anzumerken, dass eine schriftliche Ausfüllanleitung - also ein standardisiertes Verfahren - zum Umgang mit dem Instrument für die Prüfer existiert (GKV-SV 2008 und 2009a, Anlagen 3). Die einzelnen Verfahrensanweisungen zum Umgang mit den Transparenzkriterien sind z.T. jedoch sehr umfangreich und nicht immer selbsterklärend, wie die folgenden Beispiele belegen (vgl. Tabelle 7):

<p>Kriterium 4 (bewohnerbezogen) PTVS</p>	<p>Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht? (MDK 15.3)</p> <p><i>Der Umgang mit Medikamenten ist sach- und fachgerecht, wenn:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) <i>Die gerichteten Medikamente mit den Angaben in der Pflegedokumentation übereinstimmen,</i></li> <li>b) <i>diese bewohnerbezogen beschriftet aufbewahrt werden</i></li> <li>c) <i>ggf. eine notwendige Kühlschrankschlagerung (2 – 8°) erfolgt</i></li> <li>d) <i>diese als Betäubungsmittel verschlossen und gesondert aufbewahrt werden</i></li> <li>e) <i>bei einer begrenzten Gebrauchsdauer nach dem Öffnen der Verpackung das Anbruch- und Verfallsdatum ausgewiesen wird,</i></li> <li>f) <i>Medikamente in Blisterpackungen mit eindeutigen Bewohnerangaben (insbesondere Name, Vorname, Geburtsdatum) sowie mit Angaben zu den Medikamenten (Name, Farbe, Form, Stärke) ausgezeichnet werden,</i></li> <li>g) <i>Bei Verblisterung die Medikamente direkt aus der Blisterpackung gereicht werden,</i></li> <li>h) <i>Bei Verblisterung eine kurzfristige Umsetzung der Medikamentenumstellung gewährleistet wird.</i></li> </ul> <p><i>Die Kriterien f – h sind nur bei Verblisterung relevant.</i></p>
<p>Kriterium 58 (einrichtungsbezogen) PTVS</p>	<p>Ist der Gesamteindruck der Einrichtung im Hinblick auf Sauberkeit und Hygiene gut (z.B. optische Sauberkeit, Ordnung, Geruch) (ähnlich MDK 8.1 a) bis h)</p> <p><i>Die Frage ist selbsterklärend, weitere Erläuterungen sind nicht erforderlich.</i></p>
<p>Kriterium 15 (kundenbezogen) PTVA</p>	<p>Werden bei Menschen mit Demenz die biografischen und anderen Besonderheiten bei der Leistungserbringung beachtet (MDK 14.10b ähnlich)</p> <p><i>Das Kriterium ist erfüllt, wenn die vereinbarte Pflegeleistung bei pflegebedürftigen Menschen, bei denen eine gerontopsychiatrischen Diagnose ärztlich festgestellt wurde, auf der Grundlage der pflegerelevanten Biografie (Vorlieben, Abneigungen oder Gewohnheiten) durchgeführt wird.</i></p> <p><i>Das Kriterium ist mit „trifft nicht zu“ zu bewerten, wenn keine entsprechende ärztliche Diagnose vorliegt.</i></p>

**Tabelle 7: Beispiele für Ausfüllanleitungen zu den Prüfkriterien**

Andere Kriterien wie etwa T 13 (PTVS) - hier soll das individuelle Ernährungsrisiko erfasst werden - basieren auf Erfassungen, für die wissenschaftlich bisher noch gar nicht untersucht wurde, welches Instrument sinnvoll ist, um ein diesbezügliches Risiko zu messen bzw. ob die Instrumente, die eingesetzt werden, Risiko oder Status messen. Insgesamt ist die Forschungslage zu den Assessmentinstrumenten, die bestimmte Risiken erfassen sollen, noch nicht differenziert genug, um hier verlässliche und objektive Aussagen treffen zu können. Ergänzend hierzu sei auch auf die Ergebnisse des MDS-SEG 2 Abschlussberichtes (MDS 2010) verwiesen, in denen ebenfalls auf Diskrepanzen bzgl. des Verständnisses und der daraus folgenden Anwendung von Prüfanleitungen verwiesen wird.

Hinzu kommt das Problem, dass durch die Art der Formulierung in den Ausfüllanleitungen rechtliche Wertungen in Bezug auf Pflegequalität in den Prüfungen einfließen können. Das Vorwort zur Anlage 3 PTVS bzw. PTVA enthält die Formulierung: *„muss bei der Bewertung auf der Ebene des Kriteriums das Hauptaugenmerk auf die Regelmäßigkeit und Systematik gelegt werden“*. Nach Ahrend (2010) ist der *„Begriff „Hauptaugenmerk“ ... kein juristischer Begriff, sondern bedeutet juristisch, dass dem Prüfer überlassen wird, im Rahmen der Prüfung eine Wertung vorzunehmen, die in seinem Ermessen liegt. Dazu nutzt er die nachfolgenden den einzelnen vier Qualitätsbereichen zugeordneten Fragen. Bei der PTVA zum Beispiel wird unter 1kb geprüft, ob die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt werden. Das Kriterium ist erfüllt, wenn die Wünsche des Pflegebedürftigen nachvollziehbar dokumentiert und bei der Umsetzung berücksichtigt werden. Der Begriff der „Nachvollziehbarkeit“ ist einer Interpretation zugänglich, es sei denn, es würden genaue Definitionen der Nachvollziehbarkeit zugrunde gelegt (wie z.B. im Bereich der Zertifizierung im Sinne einer Ablaufkontrolle, QM). Ansonsten bleibt ein Beurteilungsspielraum, der entweder individuell von dem Prüfer ausgefüllt wird oder durch weitere interne Vorgaben im Bereich des MDK erläutert wird. Weiter heißt es in der Ausfüllanleitung: Der Nachweis der Berücksichtigung könne auch ergänzend über teilnehmende Beobachtung während der Prüfung stattfinden. Das Wort „kann“ eröffnet wiederum einen Entscheidungsspielraum für den Prüfer, er entscheidet, ob eine zusätzliche Prüfung stattfindet. „Ergänzend“ bedeutet, dass auch hier der Prüfer entscheidet, wie weit die ergänzende Beobachtung in die Prüfung einbezogen wird*



*und ob sie zusätzlich, ersetzend oder nebeneinander (neben der Dokumentation) eingesetzt wird.“*

Die Bewertung der einzelnen Kriterien erfolgt - mit Ausnahme der Bewohner-/Kundenbefragung - auf dichotomen Skalen (erfüllt – nicht erfüllt) -, so dass bei einem nicht einheitlichen Verständnis der Ausfüllanleitung große Differenzen in den Ergebnissen resultieren können. Insgesamt muss deshalb die Durchführungsobjektivität aufgrund der Komplexität des Gegenstandes und des Verfahrens als fraglich bewertet werden.

Zu b)

Die Auswertungsobjektivität des Verfahrens ist gegeben, da hier ein standardisiertes Verfahren zur Umrechnung der gegebenen Bewertungen in Einzelnoten und zusammengefasste Bereichs- und Gesamtnoten vorliegt (vgl. GKV-SV 2008 und 2009a, Anlagen 2 bzw. GKV-SV 2009b). Anzumerken ist, dass hierdurch nicht gleichzeitig auch eine (positive) Bewertung der methodischen Sinnhaftigkeit des angewendeten Verfahrens gegeben ist.

Zu c)

Zu der Interpretationsobjektivität des Verfahrens ist zunächst anzumerken, dass die zu interpretierenden „Pflegenoten“ als Endresultat des Verfahrens von unterschiedlichen Zielgruppen genutzt werden können, die auf unterschiedliches Vorwissen für Interpretationen zurückgreifen. Der primäre Fokus bei den Zielgruppen wurde durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz auf die Gruppe der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen gelegt (vgl. GKV-SV 2008 und 2009a), d.h. es ist bei dieser sehr inhomogenen Zielgruppe davon auszugehen, dass die übliche Forderung an ein Verfahren, das keine individuellen Deutungen in die Interpretation eingehen dürfen, nur begrenzt erfüllt werden können. Repräsentative Normwerte zum Vergleich liegen für das entwickelte Verfahren bisher nicht vor. Schulnoten sind zwar prinzipiell laienverständlich, jedoch wird die komplexe und methodisch bisher nicht validierte Methodik dahinter für die Zielgruppe nicht eindeutig erkennbar, so dass auch eine Interpretationsobjektivität des Verfahrens nur eingeschränkt attestiert werden kann.

**Zusammenfassend ist festzustellen, dass zum jetzigen Zeitpunkt dem Verfahren nur eine eingeschränkte Objektivität attestiert werden kann und hierzu weitere Analysen zum Nachweis der Objektivität notwendig erscheinen.**

Weiterhin bleibt festzustellen, dass die bisher nicht belegte Objektivität des Verfahrens in Bezug auf Datengewinnung und Interpretation auch Auswirkungen auf die weiteren Güteeigenschaften des Verfahrens hat, da die Reliabilität nicht höher sein kann als die Objektivität eines Verfahrens.

#### • Reliabilität

Die Reliabilität eines Verfahrens gibt Auskunft über die Zuverlässigkeit des Verfahrens im Sinne einer formalen Messgenauigkeit (vgl. Moosbrugger & Kelava 2007:10ff oder Bortz & Döring 2006:196ff). Ein reliables Verfahren liefert damit – bezogen auf eine identische Stichprobe, gleiche (Durchführungs-)Bedingungen und sich nicht kurzfristig verändernde Merkmalsausprägungen - reproduzierbare Ergebnisse. Die Reliabilität eines Verfahrens ist damit umso höher, je geringer der inhärente Messfehler ist. Ein theoretisch ideales Verfahren wäre in der Lage, Messwerte ohne einen Messfehler zu generieren – eine Situation, die in der Praxis praktisch nicht gegeben ist, da vielfältige Einflüsse auf das Messergebnis einwirken können. Zu beachten ist bei Aussagen zur Reliabilität insgesamt, dass Reliabilität keinerlei Aussagen über die Validität (Gültigkeit) des Verfahrens zulässt.

Die Überprüfung, ob ein Verfahren reliabel ist, erfolgt unter Verwendung eines Reliabilitätskoeffizienten, dieser misst den Anteil der wahren Varianz an der gemessenen Varianz. In der Praxis erfolgt die Messung dieser Übereinstimmung i.a. durch Korrelationskoeffizienten. Zur Berechnung der hierbei verwendeten Korrelationskoeffizienten wird ein metrisches Niveau der unterliegenden Messwerte vorausgesetzt (vgl. Ostermann & Wolf-Ostermann 2005:102ff). Da die Einschätzung der Transparenzkriterien überwiegend auf dichotomen Skalen erfolgt und auch die daraus berechneten Noten nur ein ordinales Niveau aufweisen, kann die Verwendung von den hier benötigten Korrelationskoeffizienten nur explorativ über Notendurchschnitte gerechtfertigt werden. Typische Verfahren die zur Reliabilitätsmessung eingesetzt werden sind:

Test-Retest-Reliabilität (Stabilität):

Diese misst das Ausmaß der Übereinstimmung bei mehrfacher Anwendung von Messinstrumenten oder Erhebungsmethoden an derselben Population/Stichprobe zu unterschiedlichen Zeitpunkten und unter ansonsten gleichen Bedingungen

→ Eine Überprüfung der Test-Retest-Reliabilität hat zum jetzigen Zeitpunkt für das Verfahren der Pflegetransparentenzkriterien nicht stattgefunden – wäre im Sinne einer grundsätzlichen methodischen Überprüfung des Instrumentes jedoch wünschenswert. Eine Überprüfung anhand der vorliegenden Rohdaten ist nicht möglich, da den Autorinnen keine „Mehrfachmessungen“ vorliegen.

Interrater-Reliabilität (Objektivität):

Diese misst das Ausmaß der Übereinstimmung bei mehrfacher Anwendung von Messinstrumenten oder Erhebungsmethoden an derselben Population/Stichprobe durch unterschiedliche Untersucher (Rater). Sie kann auch als Maß für die Objektivität eines Verfahrens angesehen werden.

→ Eine Überprüfung der Interrater-Reliabilität (Objektivität) hat zum jetzigen Zeitpunkt für das Verfahren der Pflegetransparentenzkriterien nicht stattgefunden – wäre im Sinne einer grundsätzlichen methodischen Überprüfung des Instrumentes jedoch wünschenswert. Insbesondere könnte hierdurch überprüft werden, inwieweit das Instrument tatsächlich einheitlich verstanden und angewandt wird. Ohne einen empirischen Nachweis (z.B. durch Intra-Class-Korrelationskoeffizienten oder Kappa-Koeffizienten) bleibt die Frage offen, ob das Instrument dem Zweck einer transparenten und methodisch fundierten Qualitätsmessung gerecht werden kann. Eine Überprüfung anhand der vorliegenden Rohdaten ist nicht möglich, da den Autorinnen keine Daten zu denselben Einrichtungen von unterschiedlichen Ratern vorliegen.

Interne Konsistenz:

Diese misst das Ausmaß der Übereinstimmung zwischen den einzelnen Items eines Instrumentes und der Gesamtheit der übrigen Items (Mehrdimensionalität!) bei (einfacher) Anwendung an derselben Population/Stichprobe durch einen Untersucher.

→ Eine Überprüfung der internen Konsistenz hat zum jetzigen Zeitpunkt für das Verfahren der Pflegetransparentenzkriterien bisher noch nicht stattgefunden – ist im

Sinne einer grundsätzlichen methodischen Überprüfung des Instrumentes jedoch wünschenswert. Die Überprüfung ist dabei sinnvoll auf der Ebene der Qualitätsbereiche z.B. unter Verwendung von Cronbachs Alpha durchzuführen. Insbesondere kann hierdurch überprüft werden, inwieweit die einzelnen Qualitätsbereiche als Subskalen des gesamten Instrumentes zur Qualitätsbewertung in sich tatsächlich homogen in Bezug auf das zu messende Konstrukt sind. (Voraussetzung ist hierbei, dass die einzelnen Prüfkriterien in den Bereichen tatsächlich differenzierte Aspekte des jeweiligen Sachverhaltes messen, da die Kenngröße Cronbachs Alpha ansonsten verzerrt werden kann.) Ein hoher Wert der Maßzahl ist allerdings kein eindeutiger Nachweis für die Eindimensionalität der betrachteten Skala, da Cronbachs Alpha auch bei mehrdimensionalen Skalen (also beispielsweise der Mischung von Pflege- und Dokumentationsqualität) eine hohe Konsistenz aufweisen kann (vgl. Cortina 1993, Schmitt 1996).

	<b>Anzahl Kriterien (Items)</b>	<b>Cronbachs Alpha</b>	<b>Cronbachs Alpha standardisiert</b>
<b>Stationärer Bereich</b>			
<b>Q1: Pflege und medizinische Betreuung</b>	35	0,888	0,887
<b>Q2: Umgang mit demenzkranken Bewohnern</b>	10	0,801	0,780
<b>Q3: Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung</b>	10	0,729	0,736
<b>Q4: Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene</b>	9	0,542	0,535
<b>Ambulanter Bereich</b>			
<b>Q1: Pflegerische Leistungen</b>	17	0,821	0,816
<b>Q2: Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen</b>	10	0,481	0,459
<b>Q3: Dienstleistung und Organisation</b>	10	0,773	0,768

**Tabelle 8: Reliabilitätskoeffizient Cronbachs Alpha für die Qualitätsbereiche der Pflegetransparenzkriterien**

Die Berechnung von Cronbachs Alpha für die verschiedenen Subskalen (Qualitätsbereiche) im stationären und ambulanten Fall kann aufgrund der vorliegenden Rohdaten nur anhand der einrichtungs- bzw. dienstspezifischen Itemmittelwerte erfolgen und liefert nachfolgende Ergebnisse (vgl. Tabelle 8). Dabei

## Auswertung und Darstellung der Ergebnisse

ist zu berücksichtigen, dass durch Mittelung von Bewohner-/Kundenwerten auf Einrichtungs- bzw. Dienstebene sowohl eine Unter- wie eine Überschätzung von Cronbachs Alpha erfolgen kann, hinzu kommt, dass einige Itemwerte auf Bewohner-/Kundenebene erhoben werden – mit jeweils unterschiedlichen Stichprobengrößen - andere direkt auf Einrichtungs- oder Dienstebene. Die ermittelten Reliabilitätswerte können von daher bestenfalls als grobe Anhaltspunkte verstanden werden.

Folgt man dennoch der Faustregel, dass der errechnete Wert des Koeffizienten im Sinne einer „guten“ Reliabilität zumindest größer als 0,7 sein sollte (Lacobucci & Duhachek 2003:479), so sind im stationären Fall der Bereich „Q4: Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene“ und im ambulanten Fall der Bereich „Q2: Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen“ als nicht reliable Skalen zu beurteilen.

Weitere Verfahren, die zu Reliabilitätsprüfung angewandt werden können, sind:

### Interrater-Reliabilität:

Diese misst das Ausmaß der Übereinstimmung bei mehrfacher Anwendung von Messinstrumenten oder Erhebungsmethoden an derselben Population/Stichprobe durch identischen Untersucher (Rater).

### Split-Half-Reliabilität (Äquivalenz):

Diese misst das Ausmaß der Übereinstimmung von (vergleichbaren) Teilen/ „Hälften“ eines Messinstrumentes an derselben Population/Stichprobe zu denselben Zeitpunkten und unter ansonsten gleichen Bedingungen, wobei die „Hälften“ als zeitgleiche Messwiederholungen betrachtet werden. Das Verfahren ist dabei abhängig von der jeweiligen Aufteilung (Split).

### Paralleltest-Reliabilität:

Diese misst das Ausmaß der Übereinstimmung von vergleichbaren Messinstrumenten (Tests) an derselben Population/Stichprobe zu denselben Zeitpunkten und unter ansonsten gleichen Bedingungen. Das Verfahren ist dabei abhängig von tatsächlich vergleichbaren Tests.

→ Eine Überprüfung der Reliabilität im Sinne der oben beschriebenen Verfahren hat zum jetzigen Zeitpunkt für das Verfahren der Pflegekriterien nicht

stattgefunden. Eine Überprüfung anhand der vorliegenden Rohdaten ist nicht möglich.

**Zusammenfassend ist festzustellen, dass zum jetzigen Zeitpunkt keine verlässlichen Aussagen zu Reliabilität des Verfahrens vorliegen. Die Zuverlässigkeit des Verfahrens im Sinne der Messgenauigkeit kann damit nicht bewertet werden.**

● **Validität**

Als Validität wird die Gültigkeit eines Verfahrens bezeichnet, d.h. misst es tatsächlich das Konstrukt für das es konstruiert wurde. Dies ist damit das wichtigste - oft aber auch das am schwierigsten nachzuweisende Gütekriterium (vgl. Moosbrugger & Kelava 2007:13ff oder Bortz & Döring 2006:200ff). Auch hier können wieder verschiedene Betrachtungsweisen von Validität unterscheiden werden:

Inhaltsvalidität:

Diese misst, inwieweit das Verfahren oder Teile davon (Items) das zu messende Konstrukt tatsächlich in allen relevanten Aspekten erfasst. Dies geschieht dabei in aller Regel nicht anhand numerischer Kennzahlen, sondern Experten bewerten, inwieweit bzw. wie gut das Verfahren oder die einzelnen Items (Fragen) das zu untersuchende Konstrukt abdecken. Diese Form der Validität wird auch als Augenscheinvalidität (face validity) oder manchmal auch als innere Validität bezeichnet.

→ Aussagen zur Inhaltsvalidität des Pflege-transparenzverfahrens liegen nur in eingeschränkter Form vor. Zum einen sind die einzelnen Kriterien des Verfahrens von Experten und politisch Verantwortlichen im Konsens abgestimmt worden, so dass hier die Annahme einer Inhaltsvalidität gerechtfertigt sein könnte. Zum anderen weist jedoch bereits das Vorwort zu den Pflege-transparenzvereinbarungen (GKV-SV 2008 und 2009a) auf Einschränkungen diesbezüglich hin: *„Die Vertragsparteien haben am 17. Dezember 2008 [PTVS bzw. 29. Januar 2009 PTVA] nach Durchführung des Beteiligungsverfahrens diese Vereinbarung in dem Wissen geschlossen, dass es derzeit keine pflegewissenschaftlich gesicherten Erkenntnisse*

*„über valide Indikatoren der Ergebnis- und Lebensqualität der pflegerischen Versorgung in Deutschland gibt.“*

#### Kriteriumsvalidität:

Diese misst, Übereinstimmung eines Messinstruments mit einem anderen korrespondierenden, relevanten (Außen-)Kriterium. Die Kriteriumsvalidität spielt in der Praxis eine wichtige Rolle, ist aber von einem „brauchbaren“ Außenkriterium abhängig, das oftmals nicht oder nur schwer zu definieren ist. Wird das Außenkriterium gleichzeitig mit den Messwerten des zu beurteilenden Instrumentes erhoben spricht man auch von Übereinstimmungsvalidität, wird das Außenkriterium erst später gemessen von Vorhersagevalidität.

→ Aussagen zur Kriteriumsvalidität des Pflgegetransparenzverfahrens liegen bisher nicht vor. Mangels eines anerkannten Außenkriteriums (Goldstandard) kann eine solche Überprüfung auch nicht anhand der vorliegenden Rohdaten vorgenommen werden. Es kann an dieser Stelle jedoch auf das Projekt „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ des BMG und BMFSFJ hingewiesen werden, in dem valide Instrumente zu Messung von Ergebnisqualität in der vollstationären Versorgung von Pflegebedürftigen entwickelt werden sollen.

#### Konstruktvalidität:

Diese misst die Übereinstimmung zwischen einem Instrument und dem zugrundeliegenden theoretischem Konstrukt (z.B. „Pflegerqualität“). Es werden Hypothesen über das Konstrukt formuliert und deren Beziehungen untereinander und zum Konstrukt überprüft. Konstruktvalidität ist oft von besonderer Wichtigkeit, da Inhaltsvalidität nicht anhand numerischer Kennzahlen überprüft werden kann und Kriteriumsvalidität von einem „brauchbaren“ Außenkriterium abhängt. Im Sinne einer konvergenten Konstruktvalidität können Übereinstimmungen mit validierten Tests ähnlicher Merkmale ermittelt werden. Bei einer divergenten Konstruktvalidität ist nachzuweisen, dass sich das Verfahren von anderen nur konstrukt-nahen Tests abhebt (z.B. Verfahren zur Messung der Dokumentationsqualität).

→ Aussagen zur Konstruktvalidität des Pflgegetransparenzverfahrens liegen bisher nicht vor. Anhand der den Autorinnen vorliegenden Rohdaten kann keine Überprüfung der Konstruktqualität durchgeführt werden, da validierte Tests ähnlicher

Merkmale bzw. Ergebnisse daraus nicht zur Verfügung stehen. Bei Vorliegen von validierten Methoden aus dem Modellprojekt „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ des BMG und BMFSFJ könnte hier zukünftig ggf. eine konvergente Konstruktqualität überprüfbar sein.

**Zusammenfassend lässt sich für das Pflegetransparenzverfahren feststellen, dass bisher bestenfalls eine eingeschränkte Inhaltsvalidität attestiert werden kann, insbesondere jedoch keine Aussagen zu Konstruktvalidität vorliegen. Damit ist zurzeit kein Nachweis der Validität des Verfahrens gegeben, Aussagen ob das Verfahren tatsächlich Pflegequalität misst sind nicht möglich.**

#### ● **Praktikabilität**

Praktikabilität bezeichnet kein Gütekriterium im strengen Sinne, jedoch sollten gute Instrumente nicht nur objektiv, reliabel und valide sein, sondern auch einfach in der Handhabung, verständlich, zeitsparend und kostengünstig. In diesem Sinne wäre es erforderlich, den Aufwand und die Kosten auf Seiten der Prüfenden (MDK) und der Geprüften (ambulante und stationäre Leistungserbringer) dem Nutzen des Verfahrens entgegenzustellen und zu bewerten. Belegbare Aussagen anhand empirischer Daten hierzu liegen zurzeit nicht vor, Schätzungen belaufen sich für die jährlichen Kosten auf zweistellige Millionenbeträge (Beerheide / Hommel 2010). Eine Überprüfung der Praktikabilität des Verfahrens ist im Rahmen des vorliegenden Gutachtens nicht möglich.

#### **4.1.2 Itemanalyse**

Nach Bortz & Döring (2005:217) ist die „Qualität eines Tests oder Fragebogens ... abhängig von der Art und der Zusammensetzung der Items, aus denen er besteht. Die Itemanalyse ... ist deswegen ein zentrales Instrument der Testkonstruktion und Testbewertung ....“. Im vorliegenden Fall ist zunächst daran zu erinnern, dass die einzelnen Kriterien/Items des Instrumentes nicht aufgrund eines wissenschaftlich fundierten Entwicklungsprozesses sondern aufgrund einer Konsensbildung der an dem Prozess der Gestaltung von Pflegetransparenzvereinbarungen beteiligten



Partner zustande gekommen sind. Dennoch soll hier zumindest eine kurze explorative Analyse der Kriterien vorgenommen werden, zumal schon die Ergebnisse zur Reliabilität (vgl. Tabelle 8) vermuten lassen, dass die Eindimensionalität der jeweiligen Qualitätsbereiche nicht unbedingt gegeben ist.

Klassischerweise umfasst eine Itemanalyse die Bereiche Analyse der Rohwerte und ihrer Verteilung, Berechnung von Itemschwierigkeit und Trennschärfe, Überprüfung der Homogenität und Dimensionalität einer Skala/eines Bereiches (vgl. Bortz & Döring 2005:218ff). Anhand der für dieses Gutachten vorliegenden Datenbasis muss zunächst wieder (vgl. Kapitel 3.1) auf die komplexe Datenstruktur hingewiesen werden, die eine klassische Itemanalyse erschwert.

### **Analyse der Rohwertverteilung**

Eine Analyse der Rohwerte erfolgt klassischerweise als Analyse der zugrundeliegenden Häufigkeitsverteilungen der betrachteten Items (Kriterien). Nachfolgend sollen deshalb die wichtigsten Auffälligkeiten einer solchen deskriptiven Analyse der zur Verfügung stehenden Daten im ambulanten und stationären Fall betrachtet werden.

Im stationären Fall ist zunächst erkennbar (vgl. nachfolgende Tabelle 9), dass es eine Reihe von Kriterien gibt, für die z.T. für mehr als die Hälfte der Einrichtungen keine Kriteriumsnoten vorliegen (z.B. T19: „Wird bei Bewohnern mit Ernährungssonden der Geschmackssinn angeregt?“). Für eine genaue Analyse der einbezogenen Fallzahlen wird auf Kapitel 4.1.3 Stichprobenauswahl verwiesen. Auffallend bei der Betrachtung des Rohdatensatzes ist auch, dass z.T. Fallzahlen nicht dokumentiert sind, jedoch Noten angegeben werden (so z.B. bei den Kriterien T40-T42, die sich auf den Umgang mit demenzkranken Bewohnern beziehen). Hier ist bei einrichtungsbezogenen Daten zu vermuten, dass die Fallzahl „1“ – nicht im Datensatz dokumentiert wurde. Eine Korrektur hierfür wurde nicht vorgenommen.

Weiterhin fällt auf, dass im Datensatz in vielen Fällen eine Note „0,0“ dokumentiert wurde, wenn die Fallzahl ebenfalls „0“ war. In diesen Fällen wurde die Note auf den Wert „fehlend“ geändert. Nicht geändert wurden weitere offensichtliche Datenfehler (z.B. Notenwert 6,0), da hier der richtige Notenwert nicht nachzuvollziehen ist.

Auswertung und Darstellung der Ergebnisse

Kriterium	Kriterium Bewohner/ Einrichtung	Anzahl		Mittelwert	Perzentile			Standard- abweichung	Minimum	Maximum
		Gültig	Fehlend		25%	Median	75%			
<b>Q1</b>										
T1	B	913	15	<b>1,404</b>	<b>1,000</b>	<b>1,000</b>	<b>1,400</b>	,8938	1,0	<b>6,0</b>
T2	B	901	27	1,931	1,000	1,000	2,600	1,3257	1,0	5,0
T3	B	928	0	2,296	1,000	1,700	3,400	1,4945	1,0	5,0
T4	B	928	0	2,321	1,000	1,900	3,400	1,4261	1,0	5,0
T5	B	548	380	<b>1,839</b>	<b>1,000</b>	<b>1,000</b>	<b>1,375</b>	1,5238	1,0	5,0
T6	B	928	0	2,015	1,000	1,200	2,600	1,4176	1,0	5,0
T7	B	902	26	3,290	1,000	4,100	5,000	1,6597	1,0	5,0
T8	B	491	437	2,003	1,000	1,000	4,100	1,6429	1,0	5,0
T9	B	486	442	2,738	1,000	1,000	5,000	1,8974	1,0	5,0
T10	B	487	441	2,102	1,000	1,000	4,100	1,7166	1,0	5,0
T11	B	470	458	2,567	1,000	1,000	5,000	1,8827	1,0	5,0
T12	B	780	148	<b>1,328</b>	<b>1,000</b>	<b>1,000</b>	<b>1,000</b>	,9264	1,0	5,0
T13	B	928	0	2,310	1,000	1,700	3,400	1,4687	1,0	5,0
T14	B	911	17	2,556	1,000	2,300	4,100	1,5389	1,0	5,0
T15	B	928	0	<b>1,373</b>	<b>1,000</b>	<b>1,000</b>	<b>1,500</b>	,7149	1,0	5,0
T16	B	928	0	2,223	1,000	1,700	3,400	1,4351	1,0	5,0
T17	B	910	18	2,378	1,000	1,700	4,100	1,5458	1,0	5,0
T18	B	928	0	<b>1,300</b>	<b>1,000</b>	<b>1,000</b>	<b>1,200</b>	,7255	1,0	5,0
T19	B	330	598	2,692	1,000	1,000	5,000	1,9143	1,0	5,0
T20	B	807	121	3,474	1,000	4,800	5,000	1,7684	1,0	5,0
T21	B	782	146	1,959	1,000	1,000	2,900	1,5313	1,0	5,0
T22	B	922	6	2,378	1,000	1,700	3,700	1,5431	1,0	5,0
T23	B	921	7	2,396	1,000	1,900	3,700	1,4961	1,0	5,0
T24	B	928	0	2,330	1,000	1,600	3,500	1,5568	1,0	5,0

Auswertung und Darstellung der Ergebnisse

Kriterium	Kriterium Bewohner/ Einrichtung	Anzahl		Mittelwert	Perzentile			Standard- abweichung	Minimum	Maximum
		Gültig	Fehlend		25%	Median	75%			
<b>Q1</b>										
T25	B	711	217	1,278	1,000	1,000	1,000	,9093	1,0	5,0
T26	B	924	4	2,876	1,000	2,600	5,000	1,6430	1,0	5,0
T27	B	928	0	3,546	1,900	4,750	5,000	1,6617	1,0	5,0
T28	B	901	27	3,690	1,700	5,000	5,000	1,6919	1,0	5,0
T29	B	591	337	1,703	1,000	1,000	1,700	1,3432	1,0	5,0
T30	B	583	345	2,205	1,000	1,000	4,100	1,7100	1,0	5,0
T31	B	927	1	2,820	1,000	2,300	4,900	1,6754	1,0	5,0
T32	B	922	6	2,480	1,000	1,700	4,100	1,6461	1,0	5,0
T33	B	928	0	1,555	1,000	1,000	1,400	1,1413	1,0	5,0
T34	E	926	2	1,571	1,000	1,000	1,000	1,3991	1,0	5,0
T35	E	926	2	1,445	1,000	1,000	1,000	1,2584	1,0	5,0
<b>Q2</b>										
T36	B	887	41	2,839	1,000	2,600	5,000	1,7392	1,0	5,0
T37	B	872	56	2,481	1,000	1,000	4,100	1,7223	1,0	5,0
T38	B	881	47	2,338	1,000	1,000	4,100	1,6653	1,0	5,0
T39	B	885	43	3,483	1,000	5,000	5,000	1,7790	1,0	5,0
T40	E	913	15	1,061	1,000	1,000	1,000	,4918	1,0	5,0
T41	E	908	20	1,595	1,000	1,000	1,000	1,4239	1,0	5,0
T42	E	911	17	1,400	1,000	1,000	1,000	1,2001	1,0	5,0
T43	E	910	18	1,400	1,000	1,000	1,000	1,2007	1,0	5,0
T44	B	887	41	2,749	1,000	2,300	5,000	1,7147	1,0	5,0
T45	E	911	17	1,745	1,000	1,000	1,000	1,5565	1,0	5,0

Auswertung und Darstellung der Ergebnisse

Kriterium	Kriterium Bewohner/ Einrichtung	Anzahl		Mittelwert	Perzentile			Standard- abweichung	Minimum	Maximum
		Gültig	Fehlend		25%	Median	75%			
<b>Q3</b>										
T46	E	928	0	1,323	1,000	1,000	1,000	1,0908	1,0	5,0
T47	E	928	0	1,978	1,000	1,000	1,000	1,7204	1,0	5,0
T48	E	928	0	1,047	1,000	1,000	1,000	,4331	1,0	5,0
T49	E	928	0	1,129	1,000	1,000	1,000	,7079	1,0	5,0
T50	E	928	0	1,190	1,000	1,000	1,000	,8505	1,0	5,0
T51	E	928	0	1,892	1,000	1,000	1,000	1,6661	1,0	5,0
T52	E	928	0	2,349	1,000	1,000	5,000	1,8922	1,0	5,0
T53	E	928	0	3,164	1,000	5,000	5,000	1,9944	1,0	5,0
T54	E	928	0	2,026	1,000	1,000	5,000	1,7477	1,0	5,0
T55	E	926	2	1,657	1,000	1,000	1,000	1,4824	1,0	5,0
<b>Q4</b>										
T56	E	926	2	1,086	1,000	1,000	1,000	,5818	1,0	5,0
T57	E	926	2	1,907	1,000	1,000	1,000	1,6759	1,0	5,0
T58	E	928	0	1,366	1,000	1,000	1,000	1,1544	1,0	5,0
T59	E	928	0	1,267	1,000	1,000	1,000	,9993	1,0	5,0
T60	E	928	0	1,168	1,000	1,000	1,000	,8030	1,0	5,0
T61	E	928	0	1,302	1,000	1,000	1,000	1,0569	1,0	5,0
T62	E	928	0	1,388	1,000	1,000	1,000	1,1844	1,0	5,0
T63	E	928	0	1,629	1,000	1,000	1,000	1,4572	1,0	5,0
T64	E	928	0	1,216	1,000	1,000	1,000	,9036	1,0	5,0

Auswertung und Darstellung der Ergebnisse

Kriterium	Kriterium Bewohner/ Einrichtung	Anzahl		Mittelwert	Perzentile			Standard- abweichung	Minimum	Maximum
		Gültig	Fehlend		25%	Median	75%			
<b>Q5</b>										
T65	B	889	39	1,251	1,000	1,000	1,100	,6414	1,0	5,0
T66	B	896	32	1,050	1,000	1,000	1,000	,2661	1,0	5,0
T67	B	897	31	1,044	1,000	1,000	1,000	,2241	1,0	5,0
T68	B	878	50	1,033	1,000	1,000	1,000	,2512	1,0	5,0
T69	B	430	498	2,214	1,000	1,000	4,100	1,6038	1,0	5,0
T70	B	884	44	1,052	1,000	1,000	1,000	,2277	1,0	5,0
T71	B	912	16	1,699	1,000	1,000	1,500	1,3427	1,0	5,0
T72	B	928	0	1,067	1,000	1,000	1,100	,1630	1,0	2,8
T73	B	921	7	1,207	1,000	1,000	1,300	,4130	1,0	4,1
T74	B	892	36	1,102	1,000	1,000	1,000	,4317	1,0	5,0
T75	B	928	0	1,243	1,000	1,100	1,300	,3926	1,0	3,9
T76	B	920	8	1,048	1,000	1,000	1,000	,2083	1,0	5,0
T77	B	922	6	1,035	1,000	1,000	1,000	,2174	1,0	4,1
T78	B	897	31	1,480	1,000	1,100	1,600	,8167	1,0	5,0
T79	B	909	19	1,159	1,000	1,000	1,000	,5220	1,0	5,0
T80	B	903	25	1,239	1,000	1,000	1,200	,5494	1,0	5,0
T81	B	916	12	1,004	1,000	1,000	1,000	,0665	1,0	2,9
T82	B	847	81	1,185	1,000	1,000	1,200	,4317	1,0	4,1

Tabelle 9: Deskriptive Kenngrößen pro Kriterium im stationären Fall über alle einbezogenen Einrichtungen (rot markiert sind Kriterien, die eine geringe Variabilität aufweisen 75% aller Noten besser als 1,5; blau markierte Werte deuten auf Datenfehler hin)

## Auswertung und Darstellung der Ergebnisse

Mit Ausnahme einiger weniger Kriterien im Bereich Q5 (T72, T73, T75, T77, T81, T82) wird der Notenbereich von 1,0 bis 5,0 formal ausgeschöpft, jedoch verteilen sich die Notenwerte keinesfalls gleichmäßig über das gesamte Notenspektrum, oft sind die Verteilungen stark bimodal in den Randbereichen. Kriterien, die eine besonders geringe Differenzierung aufweisen (mindestens 75% aller Noten sind nicht schlechter als der Wert 1,5) lassen sich in allen Qualitätsbereichen nachweisen, fast ausnahmslos gilt dies für die Bereiche Q4 (Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene) und Q5 (Befragung der Bewohner).

Kriterium	Beschreibung des Kriteriums
T01	Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?
T05	Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?
T12	Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die verordneten Medikamente
<b>T15</b>	<b>Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung?</b>
<b>T18</b>	<b>Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung?</b>
T25	Werden Sturzereignisse dokumentiert?
T34	Werden die Mitarbeiter/innen regelmäßig in Erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult?
T35	Existieren schriftliche Verfahrensanweisungen zu Erster Hilfe und Verhalten in Notfällen?
T40	Sind zielgruppengerechte Bewegungs- und Aufenthaltsflächen vorhanden (auch nachts)?
T41	Sind gesicherte Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien vorhanden?
T42	Gibt es identifikationserleichternde Milieugestaltung in Zimmern und Aufenthaltsräumen?
T43	Wird mit individuellen Orientierungshilfen, z.B. Fotos, gearbeitet?
T45	Gibt es ein bedarfsgerechtes Speisenangebot für Bewohner mit Demenz?
T46	Werden im Rahmen der sozialen Betreuung Gruppenangebote gemacht?
T47	Werden im Rahmen der sozialen Betreuung Einzelangebote gemacht?
T48	Veranstaltet das Pflegeheim jahreszeitliche Feste?
T49	Gibt es Aktivitäten zur Kontaktaufnahme/Kontaktpflege mit dem örtlichen Gemeinwesen?
T50	Gibt es Maßnahmen zur Kontaktpflege zu den Angehörigen?
T51	Sind die Angebote der sozialen Betreuung auf die Struktur und Bedürfnisse der Bewohner ausgerichtet?
T55	Verfügt die Pflegeeinrichtung über ein Beschwerdemanagement?

**Tabelle 10: Bezeichnungen der Kriterien im stationären Fall mit geringer Differenzierung (mindestens 75% aller Noten sind nicht schlechter als der Wert 1,5) (fett markiert sind definierte Risikokriterien)**

Für die Bereiche Q1 (Pflege und medizinische Versorgung), Q2 (Umgang mit demenzkranken Bewohnern) und Q3 (Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung) sind dies die nachfolgend in Tabelle 10 dokumentierten Kriterien, ergänzend ist noch auf

## Auswertung und Darstellung der Ergebnisse

das Kriterium T29 (definiertes Risikokriterium, „Liegen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor?“) hinzuweisen, für dass 75% aller Benotungen bis zu einer Note von 1,7 liegen. Bei einigen dieser Kriterien beispielhaft seien hier T40 oder T48 angeführt - sind fast alle vergebenen Noten (98,5% bzw.98,8%) identisch mit einem Wert von 1,0.

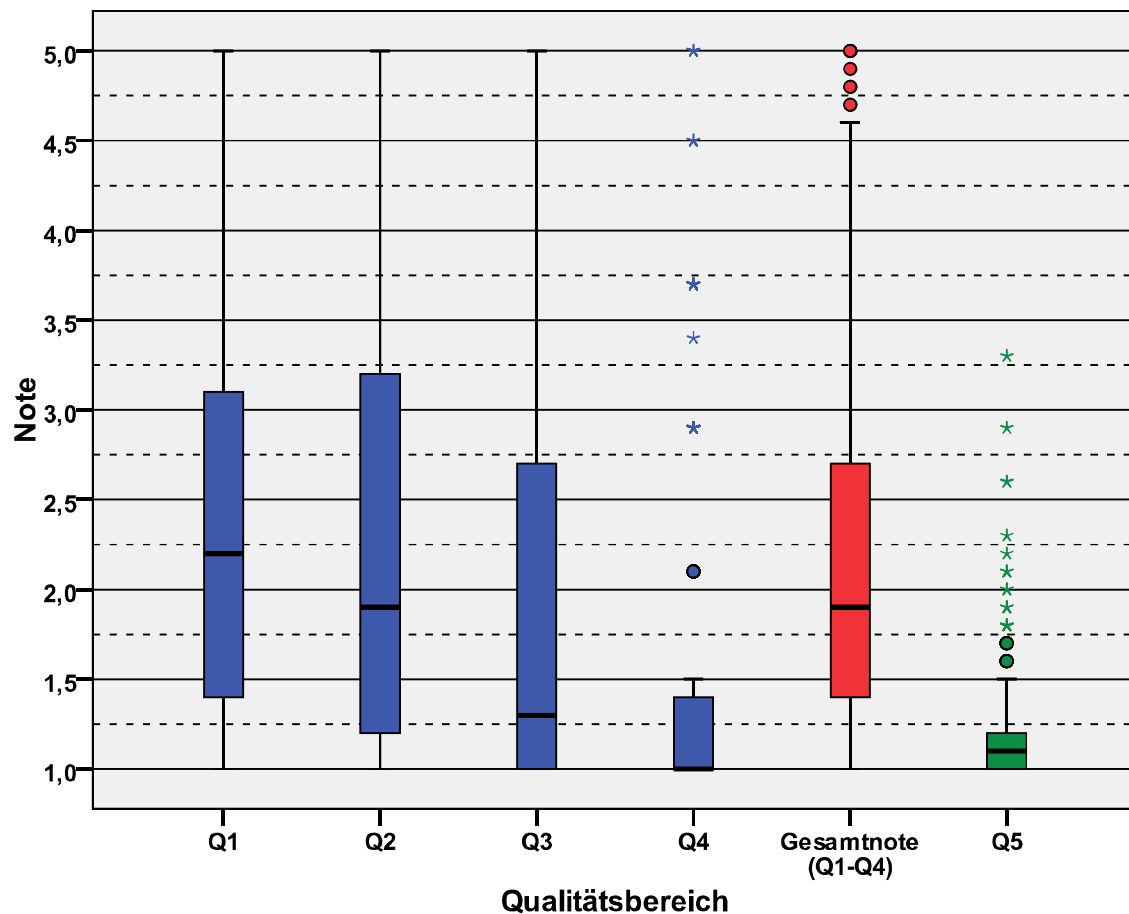
Für die sich aus den Noten der einzelnen Kriterien ergebenden Bereichsnoten ergibt sich folgendes Bild (vgl. Tabelle 11). Hier setzt sich insbesondere für die Bereiche Q4 (Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene) und Q5 (Befragung der Bewohner) fort, was sich schon in der geringen Variabilität der Kriteriumsnoten abgezeichnet hat, nämlich eine geringe Variabilität in den vergebenen Noten.

Kriterium	Anzahl		Mittelwert	Perzentile			Standardabweichung	Minimum	Maximum
	Gültig	Fehlend		25%	Median	75%			
Q1	928	0	2,380	1,400	2,200	3,100	1,0489	1,0	5,0
Q2	928	0	2,286	1,200	1,900	3,200	1,2752	1,0	5,0
Q3	928	0	2,051	1,000	1,300	2,700	1,1881	1,0	5,0
Q4:	928	0	1,461	1,000	1,000	1,400	,7536	1,0	5,0
Gesamt-note	928	0	2,133	1,400	1,900	2,700	,9302	1,0	5,0
Q5	928	0	1,138	1,000	1,100	1,200	,2155	1,0	3,3

**Tabelle 11: Deskriptive Kenngrößen pro Qualitätsbereich im stationären Fall über alle einbezogenen Einrichtungen**

Auffallend ist auch, dass im Qualitätsbereich 5 als schlechteste Note eine 3,3 angenommen wird. Eine genaue Verteilung der Notenspektren in den einzelnen Qualitätsbereichen sowie den Gesamtnote ist der Abbildung 3 zu entnehmen.

## Auswertung und Darstellung der Ergebnisse



**Abbildung 3: Boxplots der Verteilung der Noten für die Qualitätsbereich Q1 – Q5 sowie für die Gesamtnote im stationären Fall**

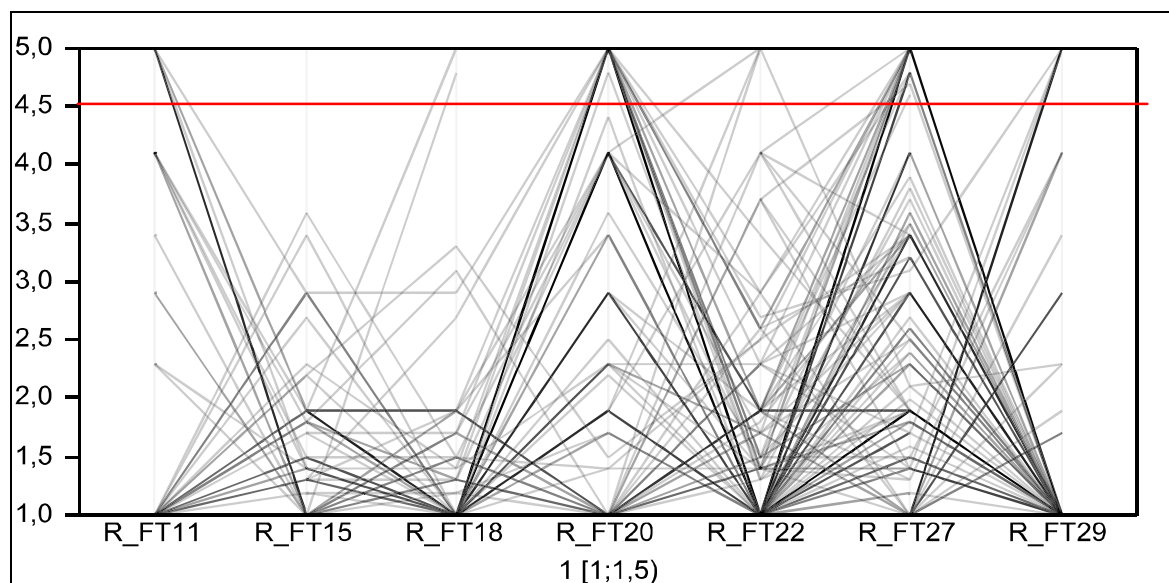
Teilt man die Gesamtnoten in Notengruppen ein (vgl. Tabelle 12), zeigt sich, dass hier auch bei guten Gesamtnoten hohe Anteile schlechter Noten in Einzelfragen und den Risikofragen auftreten.

Bereich Gesamtnote	Anzahl Einrichtungen	Mittelwert	Standardabweichung	durchschnittliche Anzahl Kriterien schlechter als 4,0 benotet	durchschnittliche Anzahl Risikokriterien schlechter als 4,0 benotet
[1;1,5)	297	1,21	0,15	3,30	0,57
[1,5;2)	170	1,69	0,14	9,06	1,44
[2;2,5)	158	2,2	0,14	13,71	1,93
[2,5;3)	124	2,7	0,14	18,34	2,29
[3;3,5)	86	3,17	0,15	22,81	2,77
[3,5;4)	38	3,69	0,14	26,84	2,79
[4;4,5)	40	4,16	0,15	31,55	3,28
[>=4,5)	15	4,77	0,20	36,13	3,47

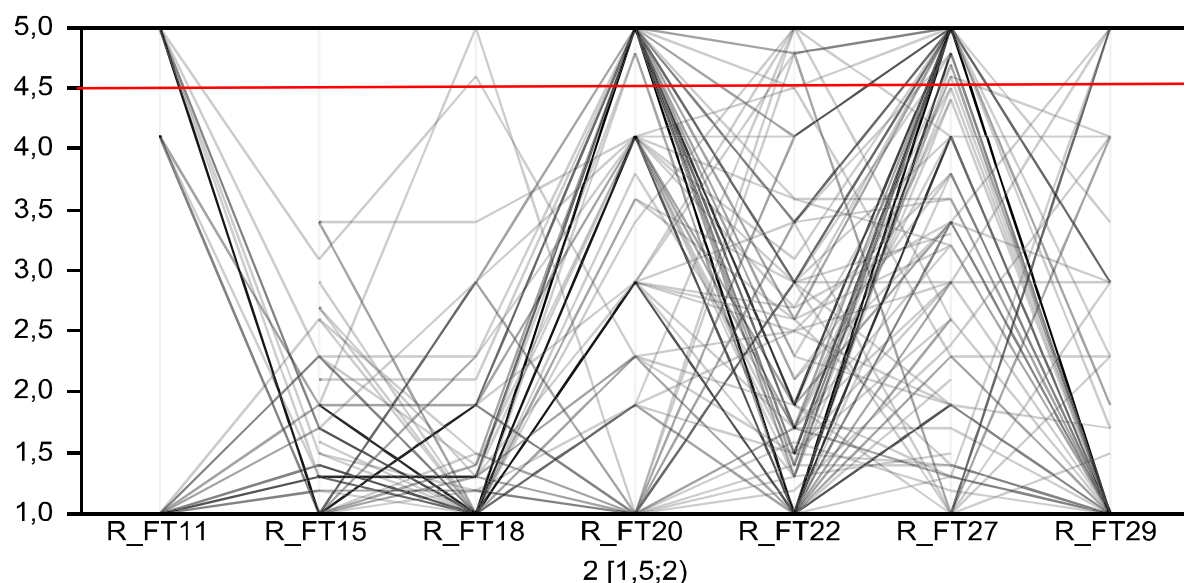
**Tabelle 12: Verteilung von Gesamtnote und schlecht bewertete Kriterien aus Q1 – Q4 im stationären Fall über alle einbezogenen Einrichtungen**



Betrachtet man ergänzend die Profile der Risikokriterien nach den Notenbereichen als Parallelplots, so wird deutlich, dass bei den Noten von sehr gut bis gut (1,0 – 2,0) insbesondere die Risikokriterien T11 (Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z.B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst?), T20 (Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung) und T27 (Wird das individuelle Kontrakturrisiko erfasst?) sehr häufig eine mangelhafte Note aufweisen (vgl. Abbildung 4, Abbildung 5).



**Abbildung 4: Parallelplots nach Risikokriterien im Notenbereichen sehr gut der Gesamtnote im stationären Fall**



**Abbildung 5: Parallelplots nach Risikokriterien im Notenbereichen gut (1,5 - 2,0) der Gesamtnote im stationären Fall**

Im ambulanten Fall ist zunächst erkennbar (vgl. Tabelle 13), dass es eine Reihe von Kriterien gibt, für die z.T. für mehr als die Hälfte der Einrichtungen keine Kriteriumsnoten vorliegen (z.B. T19: „Wird bei Bewohnern mit Ernährungssonden der Geschmackssinn angeregt?“). Für eine genaue Analyse der einbezogenen Fallzahlen wird auf Kapitel 4.1.3 Stichprobenauswahl verwiesen. Auffallend bei der Betrachtung des Rohdatensatzes ist auch, dass z.T. Fallzahlen nicht dokumentiert sind, jedoch Noten angegeben werden (so z.B. bei den Kriterien T40-T42, die sich auf den Umgang mit demenzkranken Bewohnern beziehen). Hier ist bei einrichtungsbezogenen Daten zu vermuten, dass die Fallzahl „1“ – nicht im Datensatz dokumentiert wurde. Eine Korrektur hierfür wurde nicht vorgenommen.

Weiterhin fällt auf, dass im Datensatz in vielen Fällen eine Note „0,0“ dokumentiert wurde, wenn die Fallzahl ebenfalls „0“ war. In diesen Fällen wurde die Note auf den Wert „fehlend“ geändert.

Mit Ausnahme einiger weniger Kriterien in den Bereichen Q2 und Q4 (T26, T40, T42, T44, T47) wird der Notenbereich von 1,0 bis 5,0 formal ausgeschöpft, jedoch verteilen sich die Notenwerte keinesfalls gleichmäßig über das gesamte Notenspektrum, oft sind die Verteilungen stark bimodal in den Randbereichen. Kriterien, die eine besonders geringe Differenzierung aufweisen (mindestens 75% aller Noten sind nicht schlechter als der Wert 1,5) lassen sich in allen Qualitätsbereichen nachweisen, insbesondere gilt dies für den Bereich Q4 (Befragung der Kunden), besonders ist hierbei noch auf das Kriterium T47 („Respektieren die Mitarbeiter des Pflegedienstes ihre Privatsphäre?“) hinzuweisen, für das 100% aller Benotungen bis zu einer Note von 1,3 liegen.

Für die Bereiche Q1 (Pflegerische Leistungen), Q2 (Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen) und Q3 (Dienstleistung und Organisation) sind dies die nachfolgend in Tabelle 14 dokumentierten Kriterien. Bei einigen dieser Kriterien - beispielhaft sei hier T30 - sind fast alle vergebenen Noten (90,5%) identisch mit einer Wert von 1,0.

Auswertung und Darstellung der Ergebnisse

Kriterium	Kriterium Bewohner/ Einrichtung	Anzahl		Mittelwert	Perzentile			Standard- abweichung	Minimum	Maximum
		Gültig	Fehlend		25%	Median	75%			
<b>Q1</b>										
T1	K	231	0	3,026	1,000	3,400	5,000	1,6660	1,0	5,0
T2	K	152	79	2,714	1,000	2,100	5,000	1,8171	1,0	5,0
T3	K	137	94	1,711	<b>1,000</b>	<b>1,000</b>	<b>1,000</b>	1,4330	1,0	5,0
T4	K	141	90	2,640	1,000	1,000	5,000	1,8382	1,0	5,0
T5	K	58	173	2,067	1,000	1,000	5,000	1,7649	1,0	5,0
T6	K	160	71	1,801	1,000	1,000	2,300	1,4424	1,0	5,0
T7	K	162	69	2,716	1,000	1,000	5,000	1,8521	1,0	5,0
T8	K	88	143	2,538	1,000	1,000	5,000	1,9035	1,0	5,0
T9	K	209	22	2,906	1,000	2,900	5,000	1,8245	1,0	5,0
T10	K	210	21	2,046	1,000	1,000	2,900	1,5765	1,0	5,0
T11	K	201	30	2,531	1,000	1,000	5,000	1,7790	1,0	5,0
T12	K	166	65	2,710	1,000	1,000	5,000	1,8773	1,0	5,0
T13	K	209	22	3,829	2,150	5,000	5,000	1,6943	1,0	5,0
T14	K	212	19	2,180	1,000	1,000	4,100	1,6319	1,0	5,0
T15	K	157	74	2,895	1,000	2,900	5,000	1,8585	1,0	5,0
T16	K	143	88	3,120	1,000	4,100	5,000	1,9006	1,0	5,0
T17	K	50	181	1,764	<b>1,000</b>	<b>1,000</b>	<b>1,000</b>	1,5521	1,0	5,0

Auswertung und Darstellung der Ergebnisse

Kriterium	Kriterium Bewohner/ Einrichtung	Anzahl		Mittelwert	Perzentile			Standard- abweichung	Minimum	Maximum
		Gültig	Fehlend		25%	Median	75%			
<b>Q2</b>										
T18	K	74	157	2,099	1,000	1,000	4,325	1,7654	1,0	5,0
T19	K	212	19	2,598	1,000	1,900	4,800	1,7050	1,0	5,0
T20	K	15	216	1,740	<b>1,000</b>	<b>1,000</b>	<b>1,000</b>	1,5445	1,0	5,0
T21	K	5	226	2,600	1,000	1,000	5,000	2,1909	1,0	5,0
T22	K	40	191	1,655	<b>1,000</b>	<b>1,000</b>	<b>1,000</b>	1,4505	1,0	5,0
T23	K	126	105	2,036	1,000	1,000	4,100	1,6730	1,0	5,0
T24	K	141	90	2,133	1,000	1,000	4,100	1,7420	1,0	5,0
T25	K	49	182	2,106	1,000	1,000	4,550	1,7752	1,0	5,0
T26	K	10	221	1,310	<b>1,000</b>	<b>1,000</b>	<b>1,000</b>	,9803	1,0	4,1
T27	K	219	12	2,133	1,000	1,000	3,400	1,5591	1,0	5,0
<b>Q3</b>										
T28	K	223	8	1,995	1,000	1,000	2,900	1,5749	1,0	5,0
T29	D	231	0	1,385	<b>1,000</b>	<b>1,000</b>	<b>1,000</b>	1,1772	1,0	5,0
T30	D	230	1	1,365	<b>1,000</b>	<b>1,000</b>	<b>1,000</b>	1,1547	1,0	5,0
T31	D	230	1	1,870	<b>1,000</b>	<b>1,000</b>	<b>1,000</b>	1,6535	1,0	5,0
T32	D	230	1	2,009	1,000	1,000	5,000	1,7408	1,0	5,0
T33	D	230	1	2,165	1,000	1,000	5,000	1,8214	1,0	5,0
T34	D	230	1	1,765	<b>1,000</b>	<b>1,000</b>	<b>1,000</b>	1,5767	1,0	5,0
T35	D	230	1	1,522	<b>1,000</b>	<b>1,000</b>	<b>1,000</b>	1,3501	1,0	5,0
T36	D	159	72	1,881	<b>1,000</b>	<b>1,000</b>	<b>1,000</b>	1,6626	1,0	5,0
T37	D	230	1	1,243	<b>1,000</b>	<b>1,000</b>	<b>1,000</b>	,9584	1,0	5,0

Auswertung und Darstellung der Ergebnisse

Kriterium	Kriterium Bewohner/ Einrichtung	Anzahl		Mittelwert	Perzentile			Standard- abweichung	Minimum	Maximum
		Gültig	Fehlend		25%	Median	75%			
<b>Q4</b>										
T38	K	220	11	1,098	1,000	1,000	1,000	,4954	1,0	5,0
T39	K	222	9	1,152	1,000	1,000	1,000	,6228	1,0	5,0
T40	K	229	2	1,046	1,000	1,000	1,000	,1723	1,0	2,8
T41	K	202	29	1,037	1,000	1,000	1,000	,3162	1,0	5,0
T42	K	231	0	1,180	1,000	1,000	1,000	,5478	1,0	4,6
T43	K	224	7	1,036	1,000	1,000	1,000	,3085	1,0	5,0
T44	K	224	7	1,026	1,000	1,000	1,000	,1811	1,0	3,0
T45	K	224	7	1,099	1,000	1,000	1,000	,4979	1,0	5,0
T46	K	48	183	1,588	1,000	1,000	1,300	1,2902	1,0	5,0
T47	K	229	2	1,003	1,000	1,000	1,000	,0246	1,0	1,3
T48	K	231	0	1,032	1,000	1,000	1,000	,2735	1,0	5,0
T49	K	163	68	1,078	1,000	1,000	1,000	,4011	1,0	5,0

Tabelle 13: Deskriptive Kenngrößen pro Kriterium in ambulanten Fall über alle einbezogenen Dienste (rot markiert sind Kriterien, die eine geringe Variabilität aufweisen: 75% aller Noten besser als 1,5)

Kriterium	Beschreibung des Kriteriums
T03	Wurde die vereinbarte Leistung zur Flüssigkeitsversorgung nachvollziehbar durchgeführt? -neu-
T17	<b>Liegen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen die notwendigen Einwilligungen oder Genehmigungen vor? (MDK 14.12a ähnlich)</b>
T20	Wird die Blutdruckmessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen? (MDK 13.5 ähnlich)
T22	Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen? (MDK 13.6 teilweise)
T26	<b>Wird die Stomabehandlung entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert? (MDK 13.19 ähnlich)</b>
T29	Wird durch den Pflegedienst vor Vertragsbeginn ein Kostenvoranschlag über die voraussichtlich entstehenden Kosten erstellt? -neu-
T30	Gibt es wirksame Regelungen innerhalb des Pflegedienstes, die die Einhaltung des Datenschutzes sicherstellen? -neu-
T31	Gibt es schriftliche Verfahrensanweisungen zum Verhalten der Pflegekräfte in Notfällen bei pflegebedürftigen Menschen? (MDK 6.12b ähnlich)

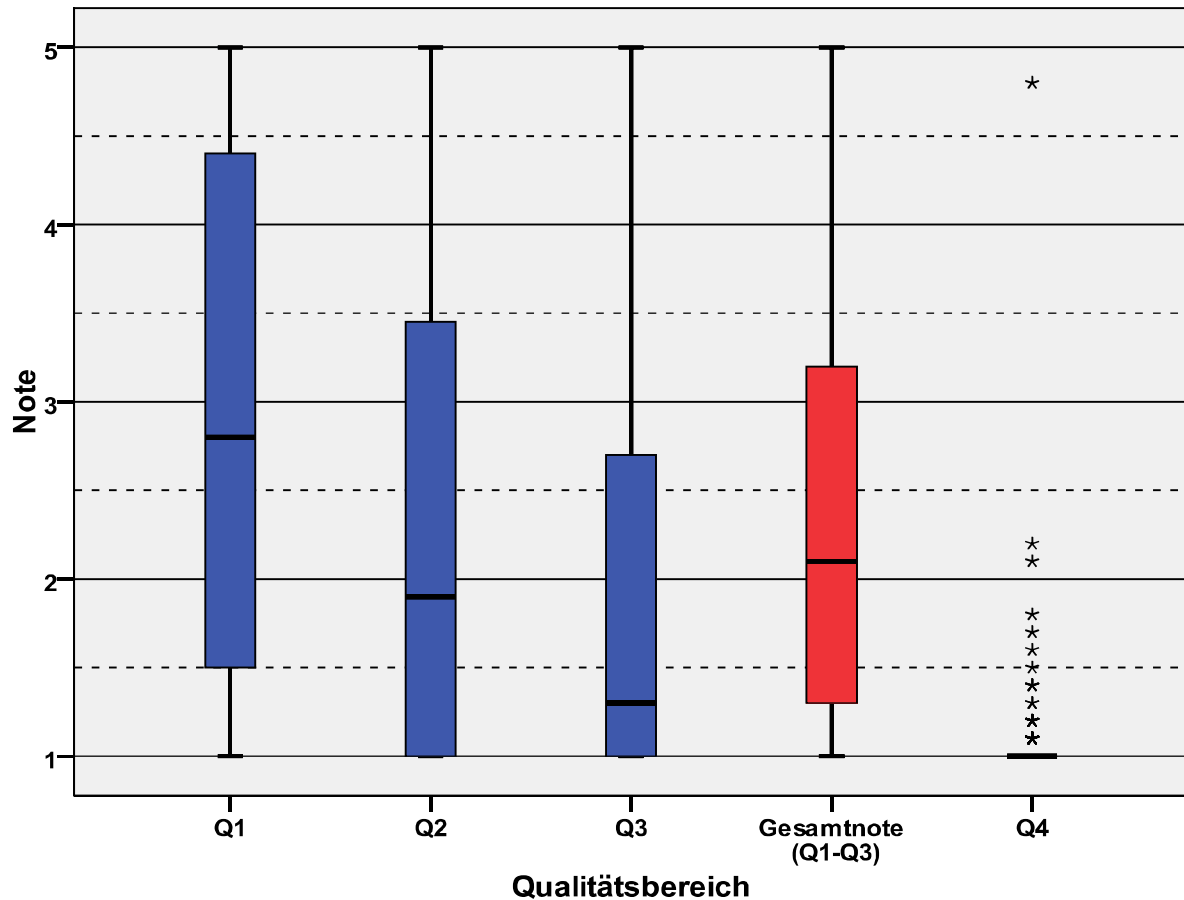
**Tabelle 14: Bezeichnungen der Kriterien im ambulanten Fall mit geringer Differenzierung (mindestens 75% aller Noten sind nicht schlechter als der Wert 1,5) (fett markiert sind definierte Risikokriterien)**

Für die sich aus den Noten der einzelnen Kriterien ergebenden Bereichsnoten ergibt sich folgendes Bild (vgl. Tabelle 15). Hier setzt sich insbesondere für den Bereich Q4 (Befragung der Kunden) fort, was sich schon in der geringen Variabilität der Kriteriumsnoten abgezeichnet hat, nämlich eine geringe Variabilität in den vergebenen Noten.

Kriterium	Anzahl		Mittelwert	Perzentile			Standardabweichung	Minimum	Maximum
	Gültig	Fehlend		25%	Median	75%			
Q1	231	0	2,968	1,500	2,800	4,400	1,4506	1,0	5,0
Q2	231	0	2,397	1,000	1,900	3,500	1,4216	1,0	5,0
Q3	231	0	1,942	1,000	1,300	2,700	1,2737	1,0	5,0
Gesamtnote	231	0	2,410	1,300	2,100	3,200	1,2226	1,0	5,0
Q4	231	0	1,063	1,000	1,000	1,000	,2889	1,0	4,8

**Tabelle 15: Deskriptive Kenngrößen pro Qualitätsbereich im ambulanten Fall über alle einbezogenen Dienste**

Eine genaue Verteilung der Notenspektren in den einzelnen Qualitätsbereichen sowie den Gesamtnote ist Abbildung 6 zu entnehmen.



**Abbildung 6: Boxplots der Verteilung der Noten für die Qualitätsbereich Q1 – Q4 sowie für die Gesamtnote im ambulanten Fall**

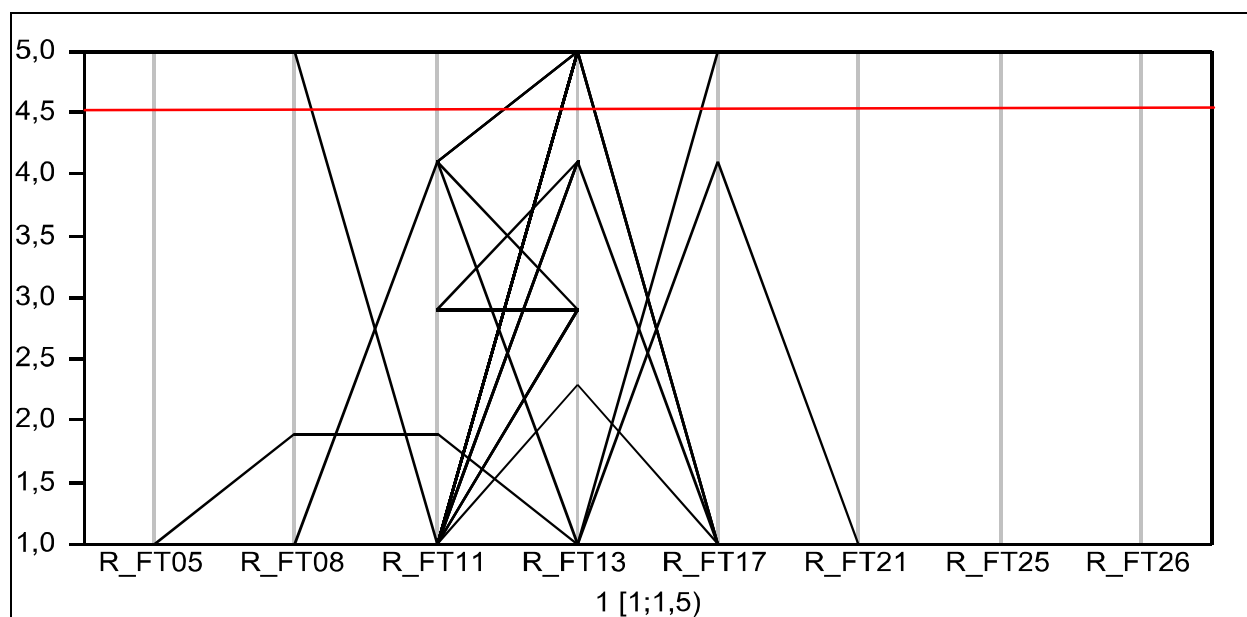
Teilt man die Gesamtnoten in Notengruppen ein (nächste Tabelle), zeigt sich, dass hier auch bei guten Gesamtnoten hohe Anteile schlechter Noten in Einzelfragen und den Risikofragen auftreten.

Bereich Gesamtnote	Anzahl Einrichtungen	Mittelwert	Standardabweichung	durchschnittliche Anzahl Kriterien schlechter als 4,0 benotet	durchschnittliche Anzahl Risikokriterien schlechter als 4,0 benotet
[1;1,5)	73	1,20	0,15	1,70	0,45
[1,5;2)	33	1,70	0,15	4,18	1,00
[2;2,5)	31	2,18	0,15	6,61	1,10
[2,5;3)	21	2,70	0,13	8,95	1,48
[3;3,5)	26	3,17	0,15	10,50	1,92
[3,5;4)	13	3,70	0,13	12,77	2,08
[4;4,5)	11	4,21	0,16	14,82	2,64
[>=4,5)	23	4,87	0,16	17,57	2,70

**Tabelle 16: Verteilung von Gesamtnote und schlecht bewertete Kriterien aus Q1-Q3 im ambulanten Fall über alle einbezogenen Einrichtungen**

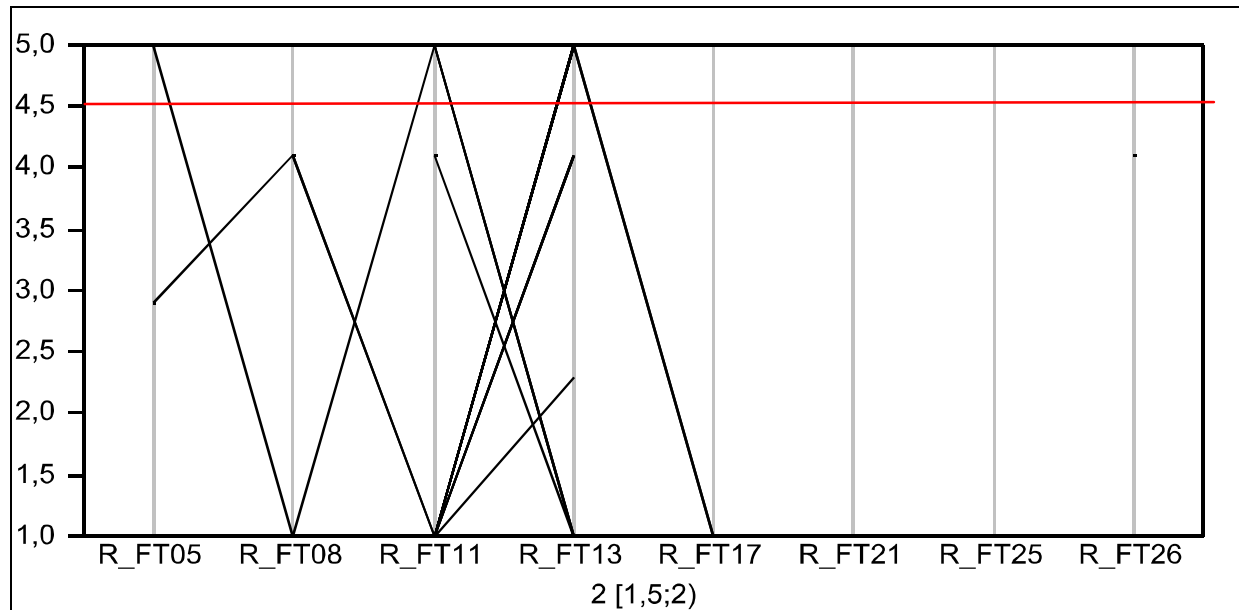
## Auswertung und Darstellung der Ergebnisse

Betrachtet man ergänzend die Profile der Risikokriterien nach den Notenbereichen als Parallelplots, so wird deutlich, dass bei den Noten von sehr gut bis gut (1,0 – 2,0) insbesondere das Risikokriterium T13 („Werden die individuellen Risiken hinsichtlich der Kontrakturen bei der Erbringung der vereinbarten Leistungen berücksichtigt?“) sowie teilweise auch die Risikokriterien T5 („Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger informiert bei erkennbaren Flüssigkeitsdefiziten?“), T8 („Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger informiert bei erkennbaren Ernährungsdefiziten?“), T11 („Wenn bei der Erbringung von vereinbarten Leistungen beim pflegebedürftigen Menschen für den Pflegedienst ein individuelles Dekubitusrisiko erkennbar ist, wird dieses dann erfasst?“) und T17 („Liegen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen die notwendigen Einwilligungen oder Genehmigungen vor?“) eine mangelhafte Note aufweisen (vgl. Abbildung 7, Abbildung 8).



**Abbildung 7: Parallelplots nach Risikokriterien im Notenbereichen sehr gut (1,0- 1,5) der Gesamtnote im ambulanten Fall**





**Abbildung 8: Parallelplots nach Risikokriterien im Notenbereichen gut (1,5 - 2,0) der Gesamtnote im ambulanten Fall**

### **Analyse weiterer Charakteristika**

#### **(Itemschwierigkeit, Trennschärfe, Homogenität, Dimensionalität)**

Exemplarisch für die Itemanalyse ist eine Analyse der Verteilung der Rohwerte vorgenommen worden. Für die Berechnung von weiteren Charakteristika wie Itemschwierigkeit und Trennschärfe, Überprüfung der Homogenität und Dimensionalität ist zum einen zu bemerken, dass oft nur wenige Werte für eine Berechnung zur Verfügung stehen, da hierfür immer alle Werte aller in eine Skala (hier Qualitätsbereich) einbezogenen Kriterien tatsächlich vorhanden sein müssen. Für den Qualitätsbereich 1 (Pflege und medizinische Versorgung) im stationären Fall verbleiben beispielsweise damit von den 928 erfassten Einrichtungen gerade noch 81 Einrichtungen (8,7%) für eine Analyse, so dass eine tiefergehende Itemanalyse hier nicht sinnvoll erscheint. Zum anderen ist auch hierbei wieder die Vermischung von Bewohner-/Kundenbezogenen Daten sowie einrichtungs-/dienstbezogenen Daten in einer Skala für eine weitere Analyse zu berücksichtigen. Für die Bestimmung der Homogenität sei auf die bereits erfolgte Berechnung von Cronbachs Alpha in Kapitel 4.1.1 hingewiesen. Dass hier keine weitergehende Analyse stattfindet bedeutet jedoch nicht, dass diese als unwichtig erachtet wird, da über die Zusammenfassung von Kriterien zu Bereichsnoten das Vorhandensein einer zusammenfassenden Skala indirekt impliziert wird.

#### 4.1.3 Stichprobenauswahl

Im Rahmen der Pflegetransparentvereinbarungen werden folgende Aussagen über das Auswahlverfahren getroffen: „Die in die Prüfung einbezogenen Bewohner der stationären Pflegeeinrichtung werden entsprechend der Verteilung der Pflegestufen in den Einrichtungen und innerhalb der Pflegestufen zufällig ausgewählt. Es werden 10 v.H. der Bewohner, jedoch mindestens 5 und höchstens 15 Bewohner in die Prüfung einbezogen“ (GKV-SV 2008 § 2) bzw. „Die je ambulanten Pflegedienst in die Prüfung einbezogenen Menschen mit Sachleistungsbezug werden entsprechend der Verteilung nach Pflegestufen und innerhalb dieser zufällig ausgewählt. Es werden 10 v.H., jedoch mindestens fünf und höchstens 15 pflegebedürftige Menschen in die Prüfung einbezogen.“ (GKV-SV 2009a § 2). Damit erfolgt die Auswahl der Stichproben formal gesehen anhand eines dreistufigen zufälligen Designs: im ersten Schritt erfolgt eine Auswahl der Klumpen (Heime/Dienste), der zweite Schritt besteht in einer Schichtung anhand der Verteilung der Pflegestufen in den jeweiligen Klumpen und im dritten Schritt erfolgt eine proportionale Zufallsauswahl in den jeweiligen Schichten. Der Gesamtstichprobenumfang wird dabei auf 10% aller Bewohner/Kunden festgesetzt, wobei von dieser Regelung nach unten und oben innerhalb bestimmter Grenzen abgewichen werden darf. Die tatsächlichen Fallzahlen für die einzelnen Pflegetransparentkriterien zeigen die Tabelle 18 und Tabelle 20 im stationären bzw. ambulanten Fall.

Kriterium	Anzahl		Mittelwert	Perzentile			Standardabweichung	Minimum	Maximum
	Gültig	Fehlend		25%	Median	75%			
Erhebung Einrichtung	928	0	7,48	5,00	6,00	9,00	3,156	0	17
Bewohner- befragung	928	0	7,21	5,00	6,00	9,00	3,216	0	16

**Tabelle 17: Fallzahlen der einbezogenen Bewohner/Einrichtungen im stationären Fall über alle einbezogenen Einrichtungen**

Betrachtet man zunächst die Fallzahlen pro Einrichtung, so basieren die Bewertungen im arithmetischen Mittel pro Einrichtung auf 7,5 Bewohnern, die Befragungen auf 7,2 Bewohnern (vgl. Tabelle 17) – also insgesamt eher geringen Fallzahlen. Auffallend ist auch, dass sowohl bei der Erhebung bewohnerbezogener Daten als auch bei der direkten Bewohnerbefragung die offiziell vorgegebene

Fallzahl überschritten wird. Für eine differenzierte Einzeldarstellung zu den Fallzahlen sei auf den Anhang verwiesen.

Bei der Interpretation der Gesamtfallzahlen ist zu beachten, dass dieser Umfang nicht zu allen Fragen erreicht wird: Bei einzelnen Fragen ist der Stichprobenumfang viel geringer, demzufolge berechnen sich die Gesamt- und Teilnoten auch nicht aus dem Gesamtstichprobenumfang, es steht dazu nur ein geringerer Stichprobenumfang zur Verfügung, so dass im Folgenden die Verteilung der Fallzahlen für die Einzelkriterien betrachtet werden soll.

Auch bei der Betrachtung der tatsächlichen Fallzahlen für die einzelnen Pflegekriterien zeigt sich, dass im stationären Fall, die tatsächlichen Stichprobengrößen pro Kriterium zwischen null und maximal 17 Bewohnern bzw. null und 15 Kunden im ambulanten Fall variieren und damit im stationären Fall die genannte Obergrenze bei einer Reihe von Kriterien überschritten wird. (Eine Überschreitung der Fallzahl ist dabei insoweit unproblematisch, als eine größere Stichprobe verlässlichere Schätzung der interessierenden Kenngröße erlaubt.) Weiterhin ist auffällig, dass es bei einer Vielzahl von Kriterien im stationären und bei allen Kriterien (mit Ausnahme von Kriterium 49 aus der Kundenbefragung) im ambulanten Fall Einrichtungen bzw. Dienste gibt, in denen das jeweilige Kriterium für eine Einrichtung/ einen Dienst überhaupt nicht überprüft werden konnte bzw. für Einrichtungen/ Dienste keine Daten vorliegen. In den nachfolgenden Tabellen (Tabelle 18, Tabelle 20) sind die Fallzahlen pro Transparenzkriterium explizit aufgelistet. Generell zeigt sich, dass die Berechnung der Noten im Mittel insgesamt auf sehr kleinen Fallzahlen beruht. Kleine Fallzahlen bedeuten inhaltlich, dass die daraus gewonnenen Schätzwerte (Noten) – abhängig von der Variabilität in den Ausprägungen (vgl. hierzu Kapitel 4.1.2) - prinzipiell nur ungenau geschätzt werden können und insbesondere bei Mittelwertbildungen aufgrund der mangelnden Robustheit dieser Kenngröße stark (von den anderen Beobachtungen) abweichende Werte (Ausreißer) zu einer verzerrten Schätzung führen können. Explizit heißt dies, dass bei kleinen Fallzahlen und einer hohen Variabilität starke Verzerrungen bei Mittelwerten resultieren können. Stabile Schätzungen des Mittelwertes sind i.d.R. dann möglich, wenn die Variabilität klein und der Stichprobenumfang groß ist.

## Auswertung und Darstellung der Ergebnisse

Im ambulanten Fall ist die Problematik kleiner Stichprobengrößen noch auffälliger. Hier werden für alle Kriterien aus dem Qualitätsbereichen 1 „Pflegerische Leistungen“, 2 „Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen“ und 4 „Befragung der Kunden“ im Mittel Stichprobengrößen von weniger als fünf Kunden erzielt. Der Anteil an befragten Diensten, bei denen fünf oder mehr Kunden tatsächlich zur Berechnung der Kriteriumsnote herangezogen werden konnten, liegt insbesondere in den Qualitätsbereichen 1 und 2 mit wenigen Ausnahmen deutlich unter 10 %.

Einen sehr hohen Anteil an (sehr) kleinen Stichproben (weniger als fünf Bewohner) weisen im stationären Fall die folgenden Kriterien auf (vgl. Tabelle 19). (Eine genaue Auflistung der Bezeichnung aller Kriterien findet sich in Anhang.) Insbesondere im Qualitätsbereich 1 „Pflege und medizinische Versorgung“ gilt, dass fast alle hier aufgelisteten Benotungen von „kritischen“ Kriterien in mehr als 90% der hier vorliegenden Fälle auf Stichproben mit weniger als fünf Bewohnern beruhen. Dies gilt auch für drei der definierten Risikokriterien (T11, T20 und T29).

Auswertung und Darstellung der Ergebnisse

Kriterium	Kriterium Bewohner/ Einrichtung	Anzahl Einrichtungen		Mittelwert	Median	Standardab- weichung	Minimum	Maximum	Prozentsatz für Anzahl Bewohner = 0	Prozentsatz für Anzahl Bewohner < 5
		Gültig	Fehlend							
<b>Q1</b>										
T1	B	928	0	6,50	6,00	3,24	0	17	1,62	20,37
T2	B	928	0	5,48	5,00	3,28	0	16	2,91	37,39
T3	B	928	0	7,36	6,00	3,12	1	16	,0	6,90
T4	B	928	0	7,35	6,00	3,10	1	16	,0	6,68
T5	B	928	0	<b>1,04</b>	<b>1,00</b>	1,14	0	7	<b>40,95</b>	<b>99,03</b>
T6	B	928	0	7,48	6,00	3,15	1	17	,0	4,53
T7	B	928	0	<b>3,70</b>	<b>3,00</b>	2,06	0	12	<b>2,80</b>	<b>71,44</b>
T8	B	928	0	<b>,78</b>	<b>1,00</b>	,92	0	6	<b>47,09</b>	<b>99,68</b>
T9	B	928	0	<b>,77</b>	<b>1,00</b>	,92	0	6	<b>47,63</b>	<b>99,68</b>
T10	B	928	0	<b>,76</b>	<b>1,00</b>	,91	0	6	<b>47,52</b>	<b>99,68</b>
T11	B	928	0	<b>,73</b>	<b>1,00</b>	,90	0	6	<b>49,35</b>	<b>99,68</b>
T12	B	928	0	<b>2,19</b>	<b>2,00</b>	1,69	0	9	<b>15,95</b>	<b>90,95</b>
T13	B	928	0	7,48	6,00	3,15	1	17	,0	4,53
T14	B	928	0	5,31	5,00	2,70	0	15	1,83	43,00
T15	B	928	0	7,48	6,00	3,15	1	17	,0	4,53
T16	B	928	0	7,48	6,00	3,15	1	17	,0	4,42
T17	B	928	0	5,11	5,00	2,62	0	15	1,94	46,44
T18	B	928	0	7,48	6,00	3,15	1	17	,0	4,53
T19	B	928	0	<b>,49</b>	<b>,00</b>	,78	0	6	<b>64,44</b>	<b>99,78</b>
T20	B	928	0	<b>2,82</b>	<b>2,00</b>	2,38	0	15	<b>13,04</b>	<b>81,14</b>
T21	B	928	0	<b>2,23</b>	<b>2,00</b>	1,71	0	9	<b>15,73</b>	<b>90,73</b>
T22	B	928	0	6,19	5,00	2,86	0	16	,65	27,91
T23	B	928	0	5,84	5,00	2,75	0	15	,75	33,19

Auswertung und Darstellung der Ergebnisse

Kriterium	Kriterium Bewohner/ Einrichtung	Anzahl Einrichtungen		Mittelwert	Median	Standardab- weichung	Minimum	Maximum	Prozentsatz für Anzahl Bewohner = 0	Prozentsatz für Anzahl Bewohner < 5
		Gültig	Fehlend							
<b>Q1</b>										
T24	B	928	0	7,48	6,00	3,15	1	17	,0	4,53
T25	B	928	0	<b>1,83</b>	<b>2,00</b>	1,61	0	8	<b>23,38</b>	<b>93,32</b>
T26	B	928	0	5,88	5,00	2,87	0	17	,43	32,97
T27	B	928	0	7,48	6,00	3,15	1	17	,0	4,42
T28	B	928	0	<b>3,67</b>	<b>3,00</b>	2,12	0	13	<b>2,91</b>	<b>69,72</b>
T29	B	928	0	<b>1,52</b>	<b>1,00</b>	1,68	0	9	<b>36,31</b>	<b>93,75</b>
T30	B	928	0	<b>1,43</b>	<b>1,00</b>	1,61	0	10	<b>37,18</b>	<b>94,94</b>
T31	B	928	0	7,35	6,00	3,09	0	17	,11	6,57
T32	B	928	0	6,12	5,00	2,84	0	16	,65	26,40
T33	B	928	0	7,48	6,00	3,15	1	17	,0	4,53
T34	E	569	359	1,01	1,00	,22	0	<b>6</b>	,35	
T35	E	569	359	1,00	1,00	,06	0	1	,35	
<b>Q2</b>										
T36	B	928	0	<b>4,21</b>	<b>4,00</b>	2,42	0	15	<b>4,42</b>	<b>61,75</b>
T37	B	928	0	<b>3,64</b>	<b>3,00</b>	2,26	0	14	<b>6,03</b>	<b>71,01</b>
T38	B	928	0	<b>4,11</b>	<b>4,00</b>	2,42	0	14	<b>5,06</b>	<b>63,69</b>
T39	B	928	0	<b>4,22</b>	<b>4,00</b>	2,43	0	15	<b>4,63</b>	<b>61,64</b>
T40	E	571	357	,98	1,00	,23	0	<b>5</b>	2,63	
T41	E	572	356	,97	1,00	,18	0	1	3,50	
T42	E	571	357	,97	1,00	,17	0	1	2,98	
T43	E	571	357	,97	1,00	,17	0	1	3,15	
T44	B	928	<b>0</b>	<b>4,24</b>	<b>4,00</b>	2,44	0	15	<b>4,42</b>	<b>61,42</b>
T45	E	574	354	,98	1,00	,24	0	<b>5</b>	2,96	

Auswertung und Darstellung der Ergebnisse

Kriterium	Kriterium Bewohner/ Einrichtung	Anzahl Einrichtungen		Mittelwert	Median	Standardab- weichung	Minimum	Maximum	Prozentsatz für Anzahl Bewohner = 0	Prozentsatz für Anzahl Bewohner < 5
		Gültig	Fehlend							
<b>Q3</b>										
T46	E	569	359	1,00	1,00	,00	1	1	,0	
T47	E	569	359	1,00	1,00	,00	1	1	,0	
T48	E	569	359	1,00	1,00	,00	1	1	,0	
T49	E	569	359	1,00	1,00	,00	1	1	,0	
T50	E	569	359	1,00	1,00	,00	1	1	,0	
T51	E	569	359	1,00	1,00	,00	1	1	,0	
T52	E	569	359	1,00	1,00	,00	1	1	,0	
T53	E	569	359	1,00	1,00	,00	1	1	,0	
T54	E	569	359	1,00	1,00	,00	1	1	,0	
T55	E	569	359	1,00	1,00	,06	0	1	,35	
<b>Q4</b>										
T56	E	569	359	1,00	1,00	,06	0	1	,35	
T57	E	569	359	1,00	1,00	,06	0	1	,35	
T58	E	569	359	1,00	1,00	,00	1	1	,0	
T59	E	569	359	1,00	1,00	,00	1	1	,0	
T60	E	569	359	1,00	1,00	,00	1	1	,0	
T61	E	569	359	1,00	1,00	,00	1	1	,0	
T62	E	569	359	1,00	1,00	,00	1	1	,0	
T63	E	569	359	1,00	1,00	,00	1	1	,0	
T64	E	569	359	1,00	1,00	,00	1	1	,0	

Auswertung und Darstellung der Ergebnisse

Kriterium	Kriterium Bewohner/ Einrichtung	Anzahl Einrichtungen		Mittelwert	Median	Standardab- weichung	Minimum	Maximum	Prozentsatz für Anzahl Bewohner = 0	Prozentsatz für Anzahl Bewohner < 5
		Gültig	Fehlend							
<b>Q5</b>										
T65	B	928	0	4,57	4,00	2,80	0	15	4,20	54,31
T66	B	928	0	4,80	4,00	2,82	0	15	3,45	50,54
T67	B	928	0	4,70	4,00	2,80	0	15	3,34	55,06
T68	B	928	0	4,36	4,00	2,85	0	15	5,39	57,65
T69	B	928	0	,74	,00	1,05	0	9	53,66	99,25
T70	B	928	0	4,93	5,00	3,00	0	15	4,74	48,81
T71	B	928	0	5,33	5,00	2,91	0	15	1,72	43,64
T72	B	928	0	7,04	6,00	3,18	1	15	,0	15,84
T73	B	928	0	5,81	5,00	3,01	0	15	,75	37,39
T74	B	928	0	4,34	4,00	2,71	0	15	3,88	58,94
T75	B	928	0	6,93	6,00	3,13	1	16	,0	17,24
T76	B	928	0	5,50	5,00	2,94	0	15	,86	40,19
T77	B	928	0	5,72	5,00	2,95	0	15	,65	37,93
T78	B	928	0	4,46	4,00	2,74	0	14	3,34	57,54
T79	B	928	0	4,83	4,00	2,70	0	15	2,05	51,83
T80	B	928	0	4,68	4,00	2,68	0	14	2,69	53,13
T81	B	928	0	5,73	5,00	3,04	0	16	1,29	38,04
T82	B	928	0	4,22	4,00	2,86	0	15	8,73	58,19

Tabelle 18: Fallzahlen der einbezogenen Bewohner/Einrichtungen pro Kriterium im stationären Fall über alle einbezogenen Einrichtungen (rot markiert sind Kriterien, die im Durchschnitt auf weniger als fünf Bewohnern basieren, blau markierte Werte deuten auf Datenfehler hin)



## Auswertung und Darstellung der Ergebnisse

Kriterium	Beschreibung des Kriteriums
T05	Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?
T07	Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?
T08	Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus nachvollziehbar?
T09	Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus ?
T10	Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?
<b>T11</b>	<b>Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst?</b>
T12	Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die verordneten Medikamente?
T19	Wird bei Bewohnern mit Ernährungssonden der Geschmackssinn angeregt?
<b>T20</b>	<b>Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung?</b>
T21	Kooperiert das Pflegeheim bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt?
T25	Werden Sturzereignisse dokumentiert?
T28	Werden die erforderlichen Kontrakturprophylaxen durchgeführt?
<b>T29</b>	<b>Liegen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor?</b>
T30	Wird die Notwendigkeit der freiheitseinschränkenden Maßnahmen regelmäßig überprüft?
T36	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biographie des Heimbewohners beachtet und bei der Tagesgestaltung berücksichtigt?
T37	Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege einbezogen?
T38	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung in der Pflegeplanung berücksichtigt?
T39	Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag ermittelt und dokumentiert und werden daraus Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?
T44	Werden dem Bewohner geeignete Angebote gemacht, z. B. zur Bewegung, Kommunikation oder zur Wahrnehmung?
T65	Wird mit Ihnen der Zeitpunkt von Pflege- und Betreuungsmaßnahmen abgestimmt?
T66	Entscheiden Sie, ob Ihre Zimmertür offen oder geschlossen gehalten wird?
T67	Werden Sie von den Mitarbeitern motiviert, sich teilweise oder ganz selber zu waschen?
T68	Sorgen die Mitarbeiter dafür, dass Ihnen z. B. beim Waschen außer der Pflegekraft niemand zusehen kann?
T69	Hat sich für Sie etwas zum Positiven geändert, wenn Sie sich beschwert haben?
T70	Entspricht die Hausreinigung Ihren Erwartungen?
T82	Erhalten Sie die zum Waschen abgegebene Wäsche zeitnah, vollständig und in einwandfreiem Zustand aus der Wäscherei zurück?

**Tabelle 19: Bezeichnungen der Kriterien im stationären Fall, die auf geringen Stichprobengrößen (< 5 Bewohner) beruhen (fett markiert sind definierte Risikokriterien)**

Auswertung und Darstellung der Ergebnisse

Kriterium	Kriterium Kunde/ Einrichtung	Anzahl Einrichtungen		Mittelwert	Median	Standardab- weichung	Minimum	Maximum	Prozentsatz für Anzahl Bewohner = 0	Prozentsatz für Anzahl Bewohner < 5
		Gültig	Fehlend							
Q1										
T1	K	231	0	4,801	5,000	2,4502	,0	15,0	11,69	11,69
T2	K	231	0	1,325	1,000	1,4546	,0	7,0	39,83	39,83
T3	K	231	0	1,004	1,000	1,2389	,0	7,0	45,45	45,45
T4	K	231	0	1,052	1,000	1,2604	,0	6,0	44,16	97,84
T5	K	231	0	,394	,000	,9444	,0	6,0	78,35	98,70
T6	K	231	0	1,381	1,000	1,4898	,0	8,0	36,36	95,67
T7	K	231	0	1,424	1,000	1,4984	,0	7,0	35,50	95,24
T8	K	231	0	,584	,000	1,0634	,0	6,0	64,50	98,27
T9	K	231	0	2,056	2,000	1,6737	,0	13,0	20,35	93,51
T10	K	231	0	1,983	2,000	1,6285	,0	13,0	20,35	95,67
T11	K	231	0	1,736	2,000	1,3751	,0	7,0	22,51	96,10
T12	K	231	0	1,078	1,000	1,0887	,0	5,0	36,80	98,70
T13	K	231	0	1,688	1,000	1,2880	,0	6,0	18,18	97,40
T14	K	231	0	2,818	3,000	2,1773	,0	11,0	19,48	75,32
T15	K	231	0	1,082	1,000	1,2570	,0	7,0	40,69	97,40
T16	K	231	0	,887	1,000	1,0816	,0	6,0	46,32	99,13
T17	K	231	0	,277	,000	,6265	,0	4,0	80,09	100,00

Auswertung und Darstellung der Ergebnisse

Kriterium	Kriterium Kunde/ Einrichtung	Anzahl Einrichtungen		Mittelwert	Median	Standardab- weichung	Minimum	Maximum	Prozentsatz für Anzahl Bewohner = 0	Prozentsatz für Anzahl Bewohner < 5
		Gültig	Fehlend							
<b>Q2</b>										
T18	K	201	30	,184	,000	,4483	,0	2,0	84,08	100,00
T19	K	136	95	2,184	2,000	2,2284	,0	13,0	32,35	84,56
T20	K	223	8	,054	,000	,3510	,0	4,0	96,86	100,00
T21	K	230	1	,043	,000	,3828	,0	4,0	98,26	100,00
T22	K	215	16	,126	,000	,4302	,0	3,0	90,23	100,00
T23	K	165	66	,503	,000	,8946	,0	5,0	67,88	99,39
T24	K	172	59	,616	,000	,9932	,0	5,0	62,79	99,42
T25	K	211	20	,152	,000	,4533	,0	3,0	88,15	100,00
T26	K	227	4	,026	,000	,1608	,0	1,0	97,36	100,00
T27	K	136	95	2,588	3,000	2,2786	,0	13,0	27,21	80,88
<b>Q3</b>										
T28	K	231	0	3,753	4,000	2,4556	,0	12,0	14,29	54,55
T29	D	29	202	,069	,000	,2579	,0	1,0	93,10	
T30	D	29	202	,207	,000	,9403	,0	5,0	93,10	
T31	D	29	202	,069	,000	,2579	,0	1,0	93,10	
T32	D	29	202	,207	,000	,9403	,0	5,0	93,10	
T33	D	29	202	,069	,000	,2579	,0	1,0	93,10	
T34	D	29	202	,069	,000	,2579	,0	1,0	93,10	
T35	D	29	202	,069	,000	,2579	,0	1,0	93,10	
T36	D	93	138	,022	,000	,1458	,0	1,0	97,85	
T37	D	29	202	,207	,000	,9403	,0	5,0	93,10	

Auswertung und Darstellung der Ergebnisse

Kriterium	Kriterium Klient/ Dienst	Anzahl Dienste		Mittelwert	Median	Standardabweichung	Minimum	Maximum	Prozentsatz für Anzahl Bewohner = 0	Prozentsatz für Anzahl Bewohner < 5
		Gültig	Fehlend							
<b>Q4</b>										
T38	K	231	0	3,411	4,000	2,1888	,0	11,0	14,72	63,20
T39	K	231	0	3,307	4,000	2,1317	,0	11,0	14,72	67,10
T40	K	231	0	4,307	5,000	2,2834	,0	11,0	12,55	41,56
T41	K	231	0	2,571	2,000	2,1954	,0	11,0	22,94	84,42
T42	K	231	0	4,554	5,000	2,3453	,0	12,0	11,69	33,33
T43	K	231	0	3,524	4,000	2,2628	,0	12,0	14,29	61,04
T44	K	231	0	3,848	4,000	2,2532	,0	12,0	14,72	58,01
T45	K	231	0	3,338	4,000	2,1097	,0	9,0	14,29	66,23
T46	K	231	0	,203	,000	,5334	,0	4,0	83,98	100,00
T47	K	231	0	4,117	5,000	2,2745	,0	12,0	12,12	47,19
T48	K	231	0	4,762	5,000	2,4226	,0	15,0	11,69	24,24
T49	K	1	230	1,000	1,000		1,0	1,0	,0	100,00

Tabelle 20: Fallzahlen der einbezogenen Kunden pro Kriterium im ambulanten Fall über alle einbezogenen Dienste (rot markiert sind Kriterien die im Durchschnitt auf weniger als 5 Kunden basieren, blau markierte Werte deuten auf Datenfehler hin)

## Auswertung und Darstellung der Ergebnisse

Einen sehr hohen Anteil an (sehr) kleinen Stichproben (weniger als fünf Bewohner) weisen im ambulanten Fall die folgenden Kriterien auf (vgl. Tabelle 21). (Eine genaue Auflistung der Bezeichnung aller Kriterien findet sich in Anhang.) Dies gilt auch für drei der definierten Risikokriterien (T4, T8, T11, T13, T17, T21, T25 und T26).

Kriterium	Beschreibung des Kriteriums
T01	Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt? -neu-
T02	Werden die individuellen Wünsche zum Essen und Trinken im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt? -neu-
T03	Wurde die vereinbarte Leistung zur Flüssigkeitsversorgung nachvollziehbar durchgeführt? -neu-
T04	Werden die individuellen Ressourcen und Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind? (MDK 14.8 a und b teilweise)
T05	<b>Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger informiert bei erkennbaren Flüssigkeitsdefiziten? (MDK 14.8c teilweise)</b>
T06	Wurde die vereinbarte Leistung zur Nahrungsaufnahme nachvollziehbar durchgeführt? (MDK 14.8g teilweise )
T07	Werden die individuellen Ressourcen und Risiken bei der Ernährung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind? (MDK 14.8 a und b teilweise)
T08	<b>Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger informiert bei erkennbaren Ernährungsdefiziten? (MDK 14.8 c teilweise)</b>
T09	Werden individuelle Ressourcen und Risiken im Zusammenhang mit Ausscheidungen erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind? (ähnlich MDK 14.3a)
T10	Wurde die vereinbarte Leistung zur Unterstützung bei Ausscheidungen/Inkontinenzversorgung nachvollziehbar durchgeführt? (ähnlich MDK 14.3d)
T11	<b>Wenn bei der Erbringung von vereinbarten Leistungen beim pflegebedürftigen Menschen für den Pflegedienst ein individuelles Dekubitusrisiko erkennbar ist, wird dieses dann erfasst? -neu-</b>
T12	Wird im Rahmen der vereinbarten Leistung Lagern eine gewebeschonende Lagerung zur Vermeidung von Druckgeschwüren vorgenommen? -neu-
T13	<b>Werden die individuellen Risiken hinsichtlich der Kontrakturen bei der Erbringung der vereinbarten Leistungen berücksichtigt? -neu-</b>
T14	Werden die vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt? -neu-
T15	Werden bei Menschen mit Demenz die biografischen und anderen Besonderheiten bei der Leistungserbringung beachtet? (MDK 14.10b ähnlich)
T16	Werden die Angehörigen über den Umgang mit demenzkranken Pflegebedürftigen im Rahmen der Leistungserbringung informiert? (MDK 14.10c ähnlich)
T17	<b>Liegen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen die notwendigen Einwilligungen oder Genehmigungen vor? (MDK 14.12a ähnlich)</b>
T18	Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens? (MDK 13.23 und 14.2 ähnlich)

Kriterium	Beschreibung des Kriteriums
T19	Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung? (MDK 13.18g ähnlich)
T20	Wird die Blutdruckmessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen? (MDK 13.5 ähnlich)
T21	<b>Werden bei beatmungspflichtigen Menschen Vorbeugemaßnahmen gegen Pilzinfektionen in der Mundschleimhaut, Entzündungen der Ohrspeicheldrüse und Lungenentzündung sachgerecht durchgeführt?</b>
T22	Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen? (MDK 13.6 teilweise)
T23	Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert? (MDK 13.12d teilweise)
T24	Wird mit Kompressionsstrümpfen/-verbänden sachgerecht umgegangen? (MDK 13.24)
T25	<b>Wird die Katheterisierung der Harnblase entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert? (MDK 14.4 teilweise)</b>
T26	<b>Wird die Stomabehandlung entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert? (MDK 13.19 ähnlich)</b>
T27	Ist bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?
T28	Ist aus der Pflegedokumentation ersichtlich, dass ein Erstgespräch geführt wurde? (MDK 12.2a)
T38	Wurde mit Ihnen ein schriftlicher Pflegevertrag abgeschlossen?
T39	Wurden Sie durch den Pflegedienst vor Leistungsbeginn darüber informiert, welche Kosten Sie voraussichtlich selbst übernehmen müssen?
T40	Werden mit Ihnen die Zeiten der Pflegeeinsätze abgestimmt?
T41	Fragen die Mitarbeiter des Pflegedienstes Sie, welche Kleidung Sie anziehen möchten?
T42	Kommt ein überschaubarer Kreis von Mitarbeitern des Pflegedienstes zu Ihnen?
T43	War der Pflegedienst bei Bedarf für Sie erreichbar und einsatzbereit?
T44	Werden Sie von den Mitarbeitern des Pflegedienstes unterstützt/motiviert, sich teilweise oder ganz selber zu waschen?
T45	Geben die Mitarbeiter Ihnen Tipps und Hinweise (Informationen) zur Pflege?
T46	Hat sich nach einer Beschwerde etwas zum Positiven geändert? (ähnlich MDK 10.13)
T47	Respektieren die Mitarbeiter des Pflegedienstes ihre Privatsphäre?
T48	Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich? (MDK 10.5)
T49	Sind Sie mit den hauswirtschaftlichen Leistungen des Pflegedienstes zufrieden?

**Tabelle 21: Bezeichnungen der Kriterien im ambulanten Fall, die auf geringen Stichprobengrößen (< 5 Kunden) beruhen (fett markiert sind definierte Risikokriterien)**

#### **4.1.4 Methodische Bewertung der Berechnungssystematik**

Die Bewertungssystematik wird in den Anlagen zur den Pflegekonzerntransparenzkriterien (GKV-SV 2008 und 2009a) für die Berechnung von bewohner-/kundenbezogenen Daten (nicht Bewohner-/Kundenbefragung) wie folgt beschrieben: *„Jedes einzelne Kriterium erhält eine Einzelbewertung anhand einer Skala von 0 bis 10, wobei 0 die schlechteste und 10 die beste Bewertung ist,“* Etwas später heißt es dann: *“Ist das Kriterium für den Bewohner erfüllt, wird der Skalenwert 10 vergeben, ist es nicht erfüllt, wird es mit dem Skalenwert 0 bewertet.“* Diese Formulierung ist dabei insofern unpräzise, als zunächst der Eindruck erweckt wird, als stünde tatsächlich eine abgestufte Bewertung auf Bewohner (oder im ambulanten Fall auf Kundenebene) zur Verfügung und nicht nur eine Bewertung jedes einzelnen Kriteriums anhand einer dichotomen Skala (erfüllt – nicht erfüllt). Dabei bleibt offen, aus welchen Gründen für die Dichotomisierung die Werte 0 und 10 gewählt wurden anstelle einer zunächst näher liegenden Bewertung mit 0 und 1. Aus diesen dichotomen Bewertungen auf Kriteriumsebene wird dann durch Mittelwertbildung (Summe der Skalenwerte geteilt durch die Anzahl einbezogener Bewohner/Kunden) ein Wert mit einer Genauigkeit von zwei Nachkommastellen auf einer Skala von 0 bis 10 erzeugt, der dann anhand festgelegter Bereiche einer Note zugeordnet wird.

Für einrichtungs-/dienstbezogene Kriterien wird bei Erfüllung des Kriteriums der Wert 0 bei Nichterfüllung der Wert 10 vergeben. Auch hierbei bleibt wieder offen, aus welchen Gründen für die Dichotomisierung die Werte 0 und 10 gewählt wurden anstelle einer zunächst näher liegenden Bewertung mit 0 und 1. Für die Notenbildung resultiert daraus, dass anhand des Umrechnungsschemas von Skalenwerten in Noten nur die Noten 1,0 bzw. 5,0 vergeben werden können, was bei bewohner-/kundenbezogenen Kriterien nur erzielt werden kann, wenn alle Bewohner/Kunden das Kriterium jeweils erfüllen bzw. nicht erfüllen.

Bei der Bewohner-/Kundenbefragung erfolgt eine Bewertung auf einer ordinalen Skala, die abgestufte Bewertungen im Sinne von immer / häufig / gelegentlich oder nie erfüllt zulässt und mit 10 / 7.5 / 5 / 0 Punkten abgebildet wird. Aus diesen ordinalen Bewertungen auf Kriteriumsebene wird dann durch Mittelwertbildung (Summe der Skalenwerte geteilt durch die Anzahl einbezogener Bewohner/Kunden) ein Wert mit einer Genauigkeit von zwei Nachkommastellen auf einer Skala von 0 bis 10 erzeugt, der dann anhand festgelegter Bereiche einer Note zugeordnet wird.

Bezeichnung der Note	Note	Skalenwert	Breite des Skalenintervalls
<b>sehr gut</b>	1,0	9,74-10,00	0,26
	1,1	9,48-9,73	0,25
	1,2	9,22-9,47	0,25
	1,3	8,96-9,21	0,25
	1,4	8,70-8,95	0,25
<b>Gut</b>	1,5	8,56-8,69	0,13
	1,6	8,42-8,55	0,13
	1,7	8,28-8,41	0,13
	1,8	8,14-8,27	0,13
	1,9	8,00-8,13	0,13
	2,0	7,86-7,99	0,13
	2,1	7,72-7,85	0,13
	2,2	7,58-7,71	0,13
	2,3	7,44-7,57	0,13
	2,4	7,30-7,43	0,13
<b>Befriedigend</b>	2,5	7,16-7,29	0,13
	2,6	7,02-7,15	0,13
	2,7	6,88-7,01	0,13
	2,8	6,74-6,87	0,13
	2,9	6,60-6,73	0,13
	3,0	6,46-6,59	0,13
	3,1	6,32-6,45	0,13
	3,2	6,18-6,31	0,13
	3,3	6,04-6,17	0,13
	3,4	5,90-6,03	0,13
<b>Ausreichend</b>	3,5	5,76-5,89	0,13
	3,6	5,62-5,75	0,13
	3,7	5,48-5,61	0,13
	3,8	5,34-5,47	0,13
	3,9	5,20-5,33	0,13
	4,0	5,06-5,19	0,13
	4,1	4,92-5,05	0,13
	4,2	4,78-4,91	0,13
	4,3	4,64-4,77	0,13
	4,4	4,50-4,63	0,13
<b>Mangelhaft</b>	4,5	4,36-4,49	0,13
	4,6	4,22-4,35	0,13
	4,7	4,08-4,21	0,13
	4,8	3,94-4,07	0,13
	4,9	3,80-3,93	0,13
	5,0	0,00-3,79	3,79

**Tabelle 22: Zuordnung Noten zu Skalenwerten**

Die Berechnung der Bereichsnoten (mit Ausnahme der Bewohner-/Kundenbefragung) sowie dann der Gesamtnote erfolgt als Mittelwertbildung über alle jeweils einbezogenen Kriterien – nicht aufgrund einer Mittelwertbildung über



Teilnoten (GKV-SV 2009b). Die Zuordnung von Noten zu Skalenwerten erfolgt in Abstufungen von einer Nachkommastelle in dem Bereich 1,0 bis 5,0. Zur besseren Übersichtlichkeit ist die Zuordnung der Noten noch einmal in Tabelle 22 aufgelistet.

Hierbei ist auf folgende Problematiken hinzuweisen: Die Bewertung einzelner Kriterien erfolgt mit Ausnahme der Kriterien T65 – T82 (Bewohnerbefragung) im stationären Fall und der Kriterien T38 - T49 (Kundenbefragung) auf einer nominalen, dichotomen Skala (zur Problematik der Objektivität dieser Bewertung vergleiche Kapitel 4.1.1). Eine Mittelwertbildung setzt jedoch theoretisch prinzipiell ein metrisches Niveau der Daten voraus, so dass die Berechnung eines tatsächlichen Mittelwertes methodisch unzulässig ist. Ausweichen auf Anteilswerte im Sinne des Anteils „Zustimmung“ über alle Bewohner/Kunden (Anteil aller Bewertungen = 10) für ein Kriterium würde bei ähnlicher Berechnungssystematik eine korrekte Interpretation zulassen. Die anhand der Mittelwerte gebildeten Noten lassen nicht erkennen, welche Begründung den gewählten Skalenbereichen für die Zuordnung zu einer Note zugrunde liegt, dabei sind die gewählten Breiten der Skalenbereiche durchaus unterschiedlich. Für die Bewertung mit der Note 5,0 wird ein Skalenbereich von 0 bis 3,79 zugeordnet, für die Noten 1,5 – 4,9 erfolgen Abstufungen in der Breite von 0,13 und für die Noten 1,0 bis 1,4 Abstufungen in der Breite von 0,25 bzw. 0,26. Hierbei ist zusätzlich anzumerken, dass Noten im strengen Sinne auf einer Ordinalskala abgebildet werden, Abstände auf ordinalen Skalen jedoch nicht interpretierbar sind. Insofern widerspricht eine Abstufung im Bereich von einer Nachkommastelle – obwohl vielfach üblich – dem eigentlichen Prinzip einer Notenskala. Bei einer Interpretation von gruppierten Punktwerten, wie sie hier im Sinne einer abgestuften Bewertung als Noten vorliegen, sollten die Auswirkungen ungleich breiter Intervalle im Zusammenhang mit unterschiedlichen zugrundeliegenden Stichprobenumfängen nicht außer Acht gelassen werden.

Betrachtet man die Zuordnung von Noten zu „Skalenmittelwerten“, so würde bei großen Stichprobenumfängen, die es erlauben, tatsächlich den gesamten Bereich der Skalenmittelwerte auf zwei Nachkommastellen genau abzudecken, folgende Notenvergabe stattfinden: Die Note „sehr gut“ würde noch vergeben, wenn mindestens 87% der Bewohner/Kunden dieses Kriterium erfüllen, die Note „gut“ bei mindestens 73% der Bewohner/Kunden, die Note „mangelhaft“ würde vergeben,

## Auswertung und Darstellung der Ergebnisse

wenn weniger als 45% der Bewohner/Kunden dieses Kriterium erfüllen. Umgekehrt würde dies bedeuten, dass eine Einrichtung/ ein Dienst noch mit gut gewertet wird, wenn für annähernd ein Viertel der Bewohner/Kunden ein Kriterium nicht erfüllt wird.

Stichprobenumfang n=15			Stichprobenumfang n=14			Stichprobenumfang n=13		
Summe Skalenwerte	Mittelwert	Note	Summe Skalenwerte	Mittelwert	Note	Summe Skalenwerte	Mittelwert	Note
0	0,00	5,0	0	0,00	5,0	0	0,00	5,0
10	0,67	5,0	10	0,71	5,0	10	0,77	5,0
20	1,33	5,0	20	1,43	5,0	20	1,54	5,0
30	2,00	5,0	30	2,14	5,0	30	2,31	5,0
40	2,67	5,0	40	2,86	5,0	40	3,08	5,0
50	3,33	5,0	50	3,57	5,0	50	3,85	4,9
60	4,00	4,8	60	4,29	4,6	60	4,62	4,4
70	4,67	4,3	70	5,00	4,1	70	5,38	3,8
80	5,33	3,9	80	5,71	3,6	80	6,15	3,3
90	6,00	3,4	90	6,43	3,1	90	6,92	2,7
100	6,67	2,9	100	7,14	2,6	100	7,69	2,2
110	7,33	2,4	110	7,86	2,0	110	8,46	1,6
120	8,00	1,9	120	8,57	1,5	120	9,23	1,2
130	8,67	1,5	130	9,29	1,2	130	10,00	1,0
140	9,33	1,2	140	10,00	1,0			
150	10,00	1,0						
Stichprobenumfang n=12			Stichprobenumfang n=11			Stichprobenumfang n=10		
Summe Skalenwerte	Mittelwert	Note	Summe Skalenwerte	Mittelwert	Note	Summe Skalenwerte	Mittelwert	Note
0	0,00	5,0	0	0,00	5,0	0	0,00	5,0
10	0,83	5,0	10	0,91	5,0	10	1,00	5,0
20	1,67	5,0	20	1,82	5,0	20	2,00	5,0
30	2,50	5,0	30	2,73	5,0	30	3,00	5,0
40	3,33	5,0	40	3,64	5,0	40	4,00	4,8
50	4,17	4,7	50	4,55	4,4	50	5,00	4,1
60	5,00	4,1	60	5,45	3,8	60	6,00	3,4
70	5,83	3,5	70	6,36	3,1	70	7,00	2,7
80	6,67	2,9	80	7,27	2,5	80	8,00	1,9
90	7,50	2,3	90	8,18	1,8	90	9,00	1,3
100	8,33	1,7	100	9,09	1,3	100	10,00	1,0
110	9,17	1,3	110	10,00	1,0			
120	10,00	1,0						

Stichprobenumfang n=9			Stichprobenumfang n=8			Stichprobenumfang n=7		
Summe Skalenwerte	Mittelwert	Note	Summe Skalenwerte	Mittelwert	Note	Summe Skalenwerte	Mittelwert	Note
0	0,00	5,0	0	0,00	5,0	0	0,00	5,0
10	1,11	5,0	10	1,25	5,0	10	1,43	5,0
20	2,22	5,0	20	2,50	5,0	20	2,86	5,0
30	3,33	5,0	30	3,75	5,0	30	4,29	4,6
40	4,44	4,5	40	5,00	4,1	40	5,71	3,6
50	5,56	3,7	50	6,25	3,2	50	7,14	2,6
60	6,67	2,9	60	7,50	2,3	60	8,57	1,5
70	7,78	2,1	70	8,75	1,4	70	10,00	1,0
80	8,89	1,4	80	10,00	1,0			
90	10,00	1,0						
Stichprobenumfang n=6			Stichprobenumfang n=5			Stichprobenumfang n=4		
Summe Skalenwerte	Mittelwert	Note	Summe Skalenwerte	Mittelwert	Note	Summe Skalenwerte	Mittelwert	Note
0	0,00	5,0	0	0,00	5,0	0	0,00	5,0
10	1,67	5,0	10	2,00	5,0	10	2,50	5,0
20	3,33	5,0	20	4,00	4,8	20	5,00	4,1
30	5,00	4,1	30	6,00	3,4	30	7,50	2,3
40	6,67	2,9	40	8,00	1,9	40	10,00	1,0
50	8,33	1,7	50	10,00	1,0			
60	10,00	1,0						
Stichprobenumfang n=3			Stichprobenumfang n=2			Stichprobenumfang n=1		
Summe Skalenwerte	Mittelwert	Note	Summe Skalenwerte	Mittelwert	Note	Summe Skalenwerte	Mittelwert	Note
0	0,00	5,0	0	0,00	5,0	0	0	5,0
10	3,33	5,0	10	5,00	4,1	10	10	1,0
20	6,67	2,9	20	10,00	1,0			
30	10,00	1,0						

**Tabelle 23: Mögliche Stichprobenumfänge und Noten für bewohner-/Kundenbezogene Kriterien (ohne Bewohner-/Kundenbefragung)**

Inhaltlich problematisch ist die Zuordnung der Notenwerte zu einzelnen Kriterien, wenn man dies in Bezug zu den hier tatsächlich zugrundeliegenden Stichprobenumfängen betrachtet. In Tabelle 23 ist für alle zur Zeit vorgegebenen möglichen Stichprobenumfänge aufgelistet, welche Skalenwerte, daraus berechnete Mittelwerte sowie Noten prinzipiell zu erzielen sind, wenn man die bewohner-/kundenbezogenen Kriterien betrachtet (ohne Bewohner-/Kundenbefragung).

Die Noten 4,2 / 4,0 / 3,0 und 1,1 können damit kriteriumsbezogen überhaupt nicht angenommen werden. Je nach tatsächlichem Stichprobenumfang pro Kriterium können jeweils nur bestimmte Notenstufen angenommen werden. Je kleiner der Stichprobenumfang, desto größer ist das relative Gewicht jeder einzelnen Bewertung und desto größer werden notwendigerweise die „Sprünge“ zwischen den einzelnen Noten. Bezogen auf das relative Gewicht jeder einzelnen Beurteilung sind die Sprünge dabei nicht notwendigerweise gleich groß. Betrachtet man beispielsweise den Stichprobenumfang  $n=10$ , so wird die Note 4,1 vergeben, wenn das Kriterium für 50% der Bewohner/Kunden erfüllt ist. Eine Erhöhung des Anteils auf 60% der Bewohner/Kunden führt zu einer Note von 3,4 (Verbesserung um 0,7), eine Erhöhung des Anteils auf 70% der Bewohner/Kunden führt zu einer Note von 2,7 (Verbesserung um 0,7), eine Erhöhung des Anteils auf 80% der Bewohner/Kunden führt zu einer Note von 1,9 (Verbesserung um 0,8), eine Erhöhung des Anteils auf 90% der Bewohner/Kunden führt zu einer Note von 1,3 (Verbesserung um 0,6) und eine Erhöhung des Anteils auf 100% der Bewohner/Kunden führt zu einer Note von 1,0 (Verbesserung um 0,3). Bei einem Stichprobenumfang von  $n=5$  wird die Note 3,4 vergeben, wenn das Kriterium für 60% der Bewohner/Kunden erfüllt ist. Eine Erhöhung des Anteils auf 80% der Bewohner/Kunden führt zu einer Note von 1,9 (Verbesserung um 1,5) und eine Erhöhung des Anteils auf 100% der Bewohner/Kunden führt zu einer Note von 1,0 (Verbesserung um 0,9).

Eine weitere Schwierigkeit ergibt sich, wenn man sich anschaut, welcher Anteil an befragten Bewohnern/Kunden erforderlich ist, um noch mit mangelhaft (schlechter als Note 4,4) oder gerade nicht mehr mit mangelhaft beurteilt zu werden (vgl. Tabelle 24). Es wird deutlich, dass diese Anzahlen/Anteile je nach Stichprobenumfang deutlich differieren, selbst wenn man den „Sonderfall“  $n=1$  außer Acht lässt. Die Anteile an Bewohnern/Kunden pro Stichprobe, die ein Kriterium nicht erfüllen, so dass in der Summe noch eine mangelhafte Bewertung vergeben wird, können je nach Stichprobenumfang zwischen minimal 56% und 100% betragen. Die Spalten 4 und 5 der Tabelle zeigen die Mindestanzahl/ den Mindestanteil an Bewohnern/Kunden, die für eine nicht mangelhafte Bewertung erforderlich sind. Diese differieren je nach Stichprobenumfang zwischen mindestens 45% und 100%. Inhaltlich bedeutet dies, dass ggf. 55% der einbezogenen Bewohner/Kunden ein Kriterium nicht erfüllen, die Benotung aber dennoch nicht mit „mangelhaft“ erfolgt.

Stichproben- umfang	Anzahl Bewohner / Kunden für mangelhafte Bewertung	Anteil Bewohner / Kunden für mangelhafte Bewertung	Mindestanzahl Bewohner / Kunden für <u>nicht</u> <u>mangelhafte</u> Bewertung	Mindestanteil Bewohner / Kunden für <u>nicht</u> <u>mangelhafte</u> Bewertung
15	9	0,60	7	0,47
14	8	0,57	7	0,50
13	8	0,62	6	0,46
12	7	0,58	6	0,50
11	7	0,64	5	0,45
10	6	0,60	5	0,50
9	5	0,56	5	0,56
8	5	0,63	4	0,50
7	4	0,57	4	0,57
6	4	0,67	3	0,50
5	3	0,60	3	0,60
4	3	0,75	2	0,50
3	2	0,67	2	0,67
2	2	1,00	1	0,50
1	1	1,00	1	1,00

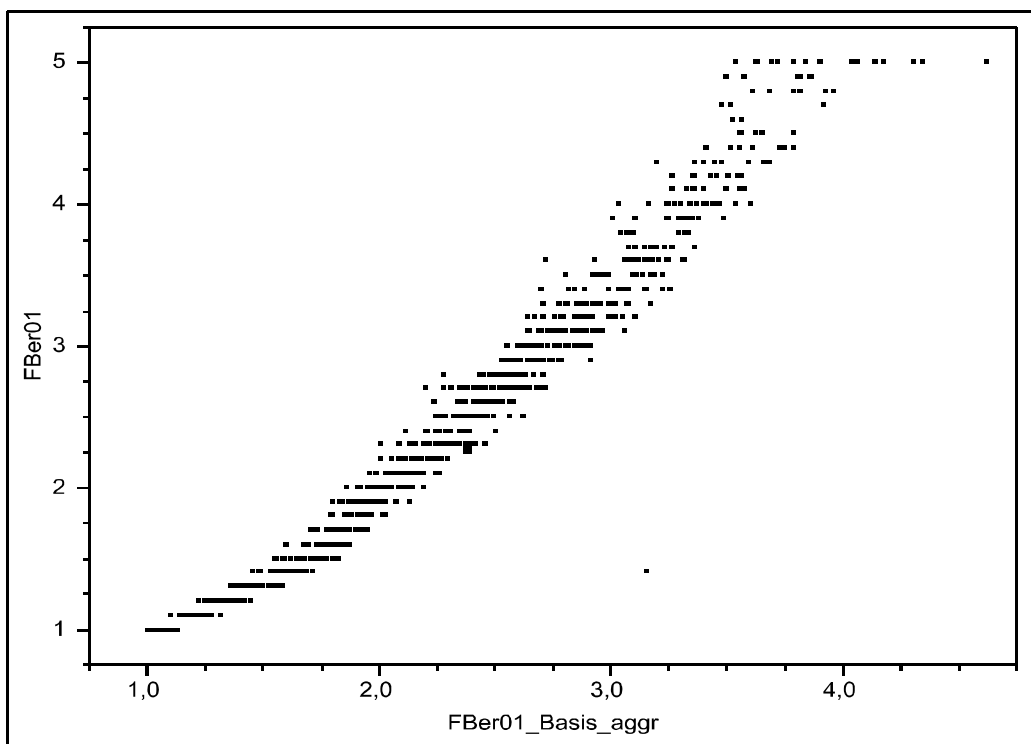
**Tabelle 24: Notwendige Anzahlen/Anteile von Bewohnern/Kunden pro Kriterium für eine mangelhafte bzw. nicht mangelhafte Bewertung (ohne Bewohner-/Kundenbefragung)**

#### 4.1.5 Simulation von alternativen Bewertungsverläufen und Notenspektren

Ergänzend zu den zuvor analysierten Charakteristiken der Bewertungssystematik sowie der Verteilungen der Noten und Fallzahlen für Einzelkriterien und Qualitätsbereiche/ Gesamtnoten im stationären und ambulanten Fall sollen nun exemplarisch die in Kapitel 0 vorgestellten alternativen Bewertungspfade betrachtet werden. Hierbei sei noch einmal darauf hingewiesen, dass die dort betrachteten Modelle nur als mögliche Entscheidungshilfen verstanden werden, um Auswirkungen auf das Spektrum der Benotungen nachvollziehen zu können und keinesfalls bereits als endgültige Lösungsansätze.

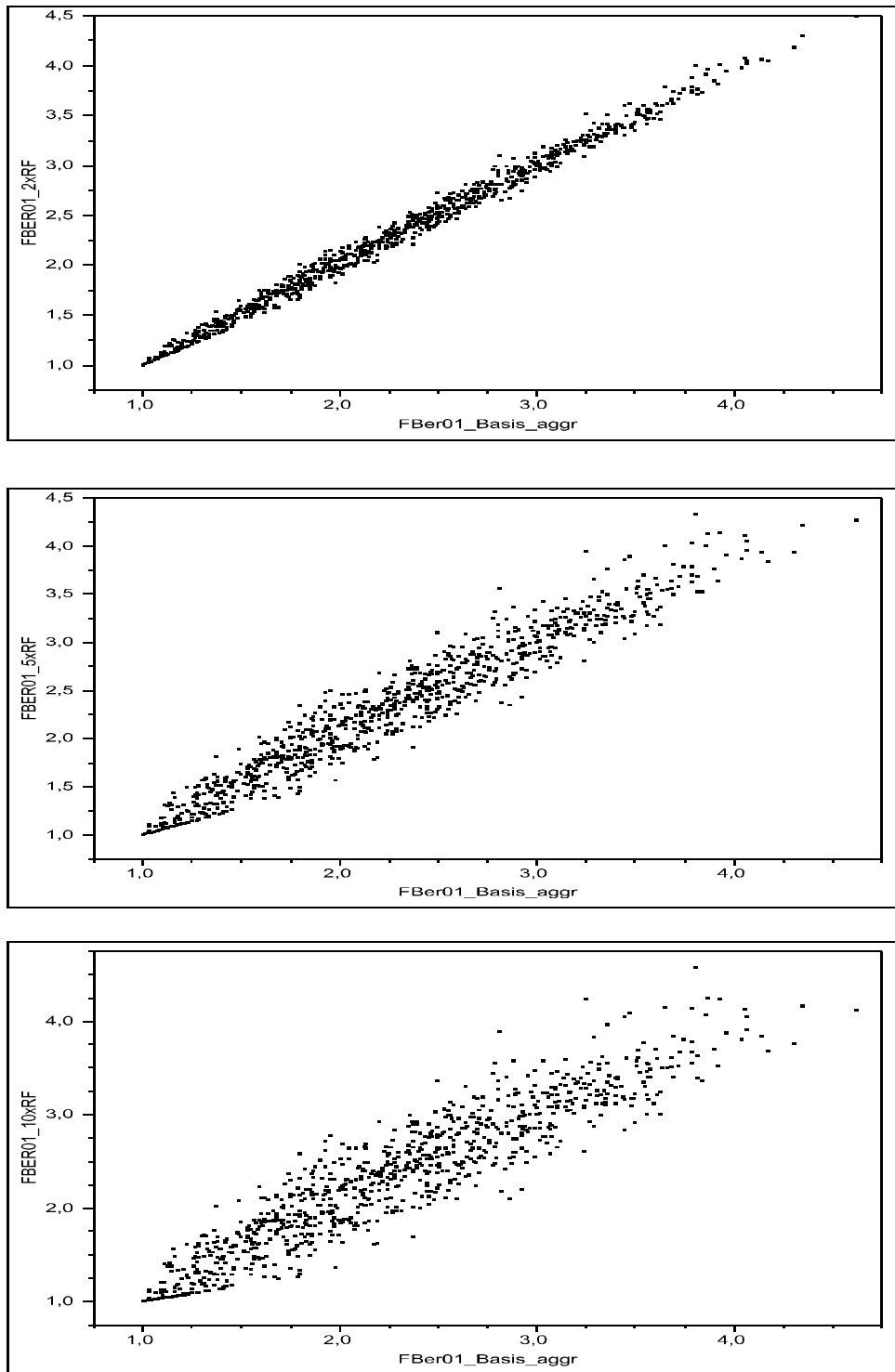
Von den in Kapitel 3 aufgelisteten Modellen (vgl. Tabelle 5) können aufgrund der nur in aggregierter Form (auf Heim- oder Dienstebene) vorliegenden „Rohdaten“ die Modelle nicht exakt simuliert werden, insbesondere die Modelle II („Abwertungsmodell“) und IV („Risikokriterienmodell“) können nicht direkt anhand der Daten auf Bewohner-/Kundenebene wie vorgesehen simuliert werden. Dennoch soll zumindest ein erster Eindruck vermittelt werden, zu welchen Verschiebungen geänderte Bewertungsschemata führen.

Aufgrund der größeren Datenlage im stationären Fall werden für die Vergleichsberechnungen die vorliegenden Daten aus stationären Einrichtungen herangezogen. Im stationären Fall stammen alle definierten Risikokriterien aus dem Qualitätsbereich 1 (Pflege und medizinische Versorgung). Für spätere Vergleiche ist es zunächst notwendig, die Bereichs- und Gesamtnoten im „Rohdatensatz“ ebenfalls auf Basis der aggregierten Einzelnoten zu berechnen (dies entspricht nicht der vergebenen Berechnungssystematik für Bereichs- und Gesamtnoten), um eine Vergleichsbasis für mögliche Effekte zu bekommen. Da im stationären Fall alle Risikokriterien dem Qualitätsbereich 1 (Pflege und medizinische Versorgung) zuzuordnen sind, betreffen mögliche Abweichungen nur diese Bereichsnote sowie die Gesamtnote. Da die Gesamtnote jedoch ebenfalls nur entgegen der eigentlichen Berechnungssystematik anhand bereits aggregierter Daten berechnet werden kann und hier stärkere Abweichungen aufgrund der höheren Anzahl von (aggregierten) Kriterien zu erwarten sind, soll der Vergleich im Folgenden auf die Bereichsnote für den Qualitätsbereich Q1 beschränkt werden. Abbildung 9 verdeutlicht, dass die Berechnung auf aggregierter Basis zu leichten Verschiebungen um den tatsächlichen Notenwert führen kann, im Wesentlichen jedoch als Vergleichswert herangezogen werden kann, da ein linearer Zusammenhang vorliegt.



**Abbildung 9: Zusammenhang von Bereichsnote Q1 im Rohdatensatz (FBer01) und neu berechneter Bereichsnote auf Basis aggregierter Daten (FBer01\_Basis\_aggr)**

## Auswertung und Darstellung der Ergebnisse



**Abbildung 10: Zusammenhang von neu berechneter Bereichsnote auf Basis aggregierter Daten (FBer01\_Basis\_aggr) und berechneten Bereichsnoten (Risikokriterien werden von oben nach unten 2fach, 5fach und 10fach gewichtet)**

Modell I:

Dem Modell I (Gewichtungsmodell) liegt die Annahme zugrunde, dass alle Kriterien verwendet werden, Risikokriterien werden mehrfach (zweifach, fünffach, zehnfach) gewichtet, die Berechnung und Benotung erfolgt wie im bisherigen Verfahren. Da aufgrund der nur aggregiert vorliegenden Daten keine direkte Berechnung vorgenommen werden kann, werden die Simulationen nur auf Basis der Einrichtungsnoten (nicht direkt auf Bewohnerebene) vorgenommen. Der Notenwert eines Risikokriteriums geht also entsprechend mehrfach gewichtet in die Bereichsnote bzw. die Gesamtnote ein.

Zieht man nun die auf Basis der aggregierten Daten berechnete Bereichsnote heran, so führt Modell I zu folgenden Veränderungen (Tabelle 25): Deutlich zu erkennen ist, dass mit zunehmender Gewichtung von Risikokriterien stärkere Verschiebungen (sowohl nach oben wie nach unten) im Vergleich zur nicht-gewichteten Bereichsnote auftreten. Die Gewichtung der Risikokriterien bewirkt insgesamt mit zunehmender Gewichtung der Risikofaktoren eine geringe Verschiebung in Richtung leicht verschlechterter Bereichsnoten, es sind jedoch keine wesentlichen Effekte zu beobachten.

Bereichsnote Q1	Mittelwert	Perzentile			Standardabweichung	Minimum	Maximum
		25%	Median	75%			
ursprüngliche Note	2,38	1,40	2,20	3,10	1,05	1,00	5,00
aggregierte Daten	2,24	1,63	2,20	2,79	0,75	1,00	4,62
aggregierte Daten, RK 2fach	2,26	1,68	2,22	2,81	0,75	1,00	4,49
aggregierte Daten, RK 5fach	2,28	1,70	2,27	2,84	0,75	1,00	4,33
aggregierte Daten, RK 10fach	2,30	1,70	2,30	2,87	0,76	1,00	4,57

**Tabelle 25: Deskriptive Kennwerte zum Modell I**



Modell II:

Dem Modell II (Abwertungsmodell) liegt die Annahme zugrunde, dass alle Kriterien verwendet werden. Die Berechnung und Benotung erfolgt zunächst wie im bisherigen Verfahren, anschließend erfolgt ggf. eine Abwertung anhand nicht erfüllter Risikokriterien. Hierbei ist vorgesehen, die Abwertung der Gesamtnote auf der Basis der Anzahl nicht erfüllter Risikokriterien für Bewohner vorzunehmen. Unter Verwendung der vorliegenden aggregierten Daten lässt sich dieses Modell nur in abgeschwächter Form umsetzen. Es erfolgt eine Abwertung, wenn ein Risikokriterium (oder ggf. mehrere) für die gesamte Einrichtung nicht erfüllt (Kriteriumsnote schlechter als 4,0) ist.

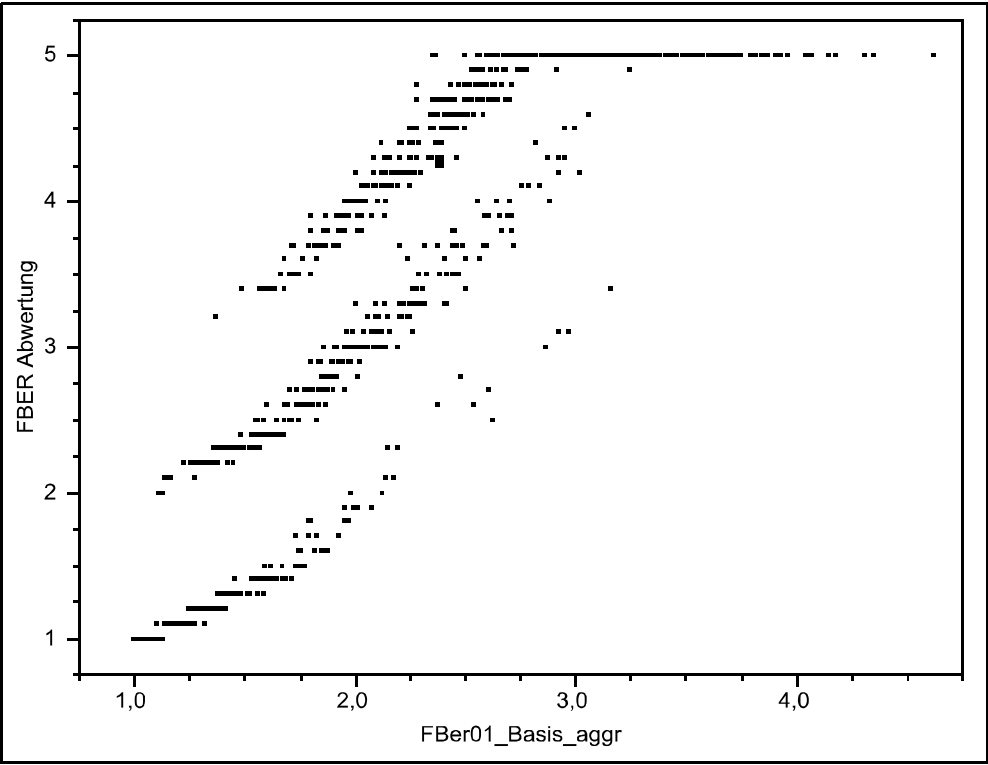
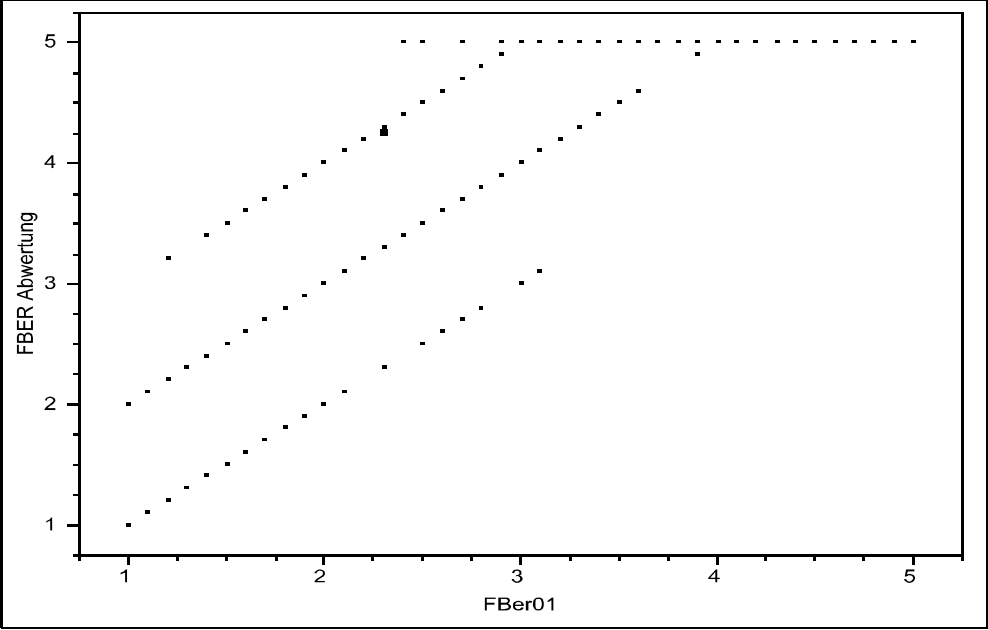
Zieht man nun die auf Basis der aggregierten Daten berechnete Bereichsnote heran, so führt Modell II zu folgenden Veränderungen (vgl. Abbildung 11). Deutlich zu erkennen ist, dass die Abwertung für einzelne Einrichtungen zu einer Verschlechterung um ein bis zwei Notenstufen führen kann. Die durchschnittliche Abwertung auf Basis aggregierter Daten beträgt 1,24 Notenstufen (vgl. Tabelle 26), wobei für (sehr) gut eingestufte Einrichtungen die Abwertung seltener im Vergleich zu schlechter eingestuften Einrichtungen greift.

Bereichsnote Q1	Mittelwert	Perzentile			Standardabweichung	Minimum	Maximum
		25%	Median	75%			
ursprüngliche Note	2,38	1,40	2,20	3,10	1,05	1,00	5,00
aggregierte Daten	2,24	1,63	2,20	2,79	0,75	1,00	4,62
aggregierte Daten, Abwertung	3,48	2,30	3,80	5,00	1,43	1,00	5,00

**Tabelle 26: Deskriptive Kennwerte zum Modell II**

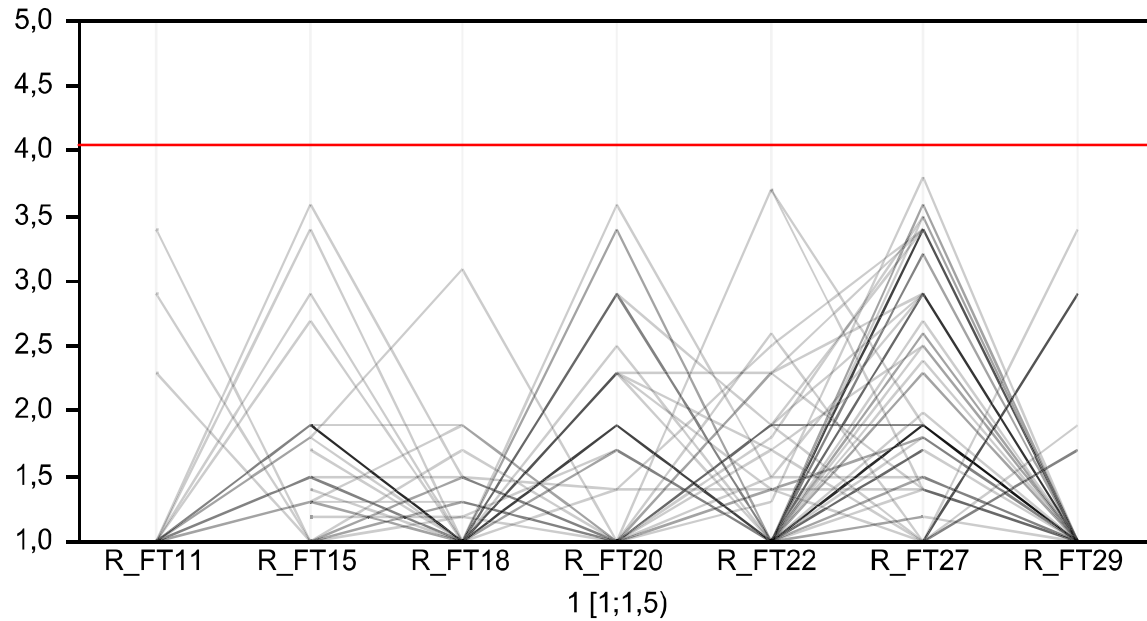
Betrachtet man ergänzend die Profile der Risikokriterien nach den Notenbereichen als Parallelplots, so wird deutlich, dass bei den Noten von sehr gut bis gut (1,0 – 2,0) kein Risikokriterium mehr eine mangelhafte Note aufweist bzw. aufweisen kann. (vgl. Abbildung 12, Abbildung 13).

Auswertung und Darstellung der Ergebnisse

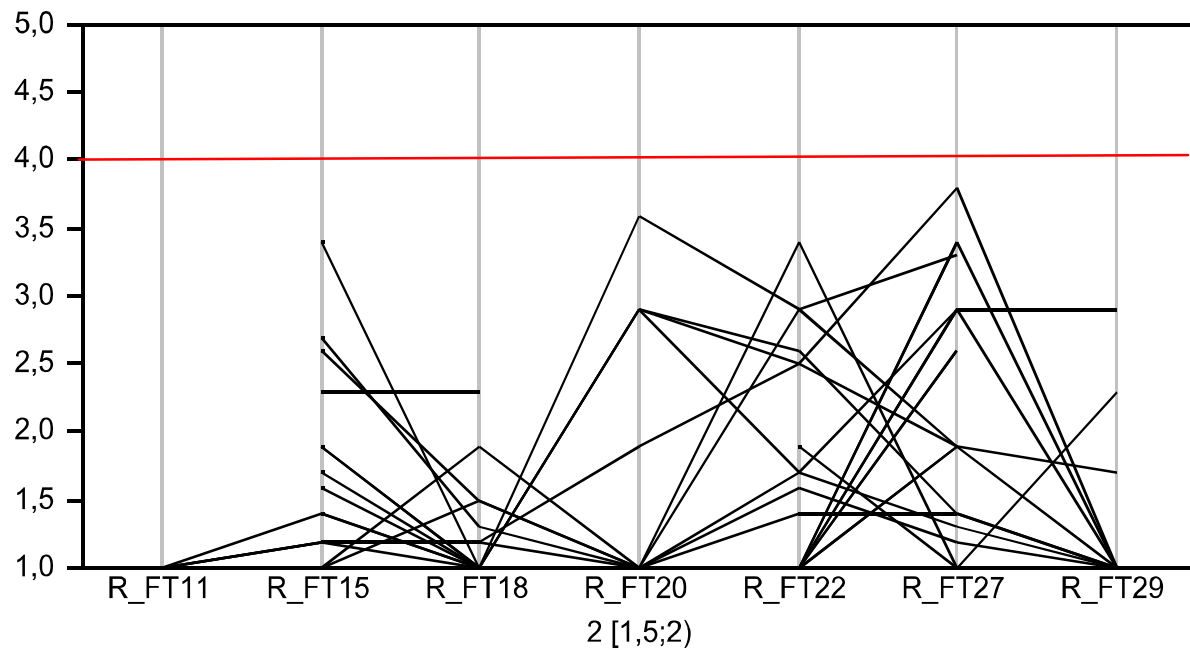


**Abbildung 11: Zusammenhang von neu berechneter Bereichsnote auf Basis der ursprünglichen Bereichsnote (FBER01) und auf Basis aggregierter Daten (FBer01\_Basis\_aggr) und berechneter Bereichsnote nach Abwertung anhand von Risikokriterien (FBER Abwertung)**

## Auswertung und Darstellung der Ergebnisse



**Abbildung 12: Parallelplots nach Risikokriterien im Notenbereichen sehr gut der Gesamtnote im stationären Fall**

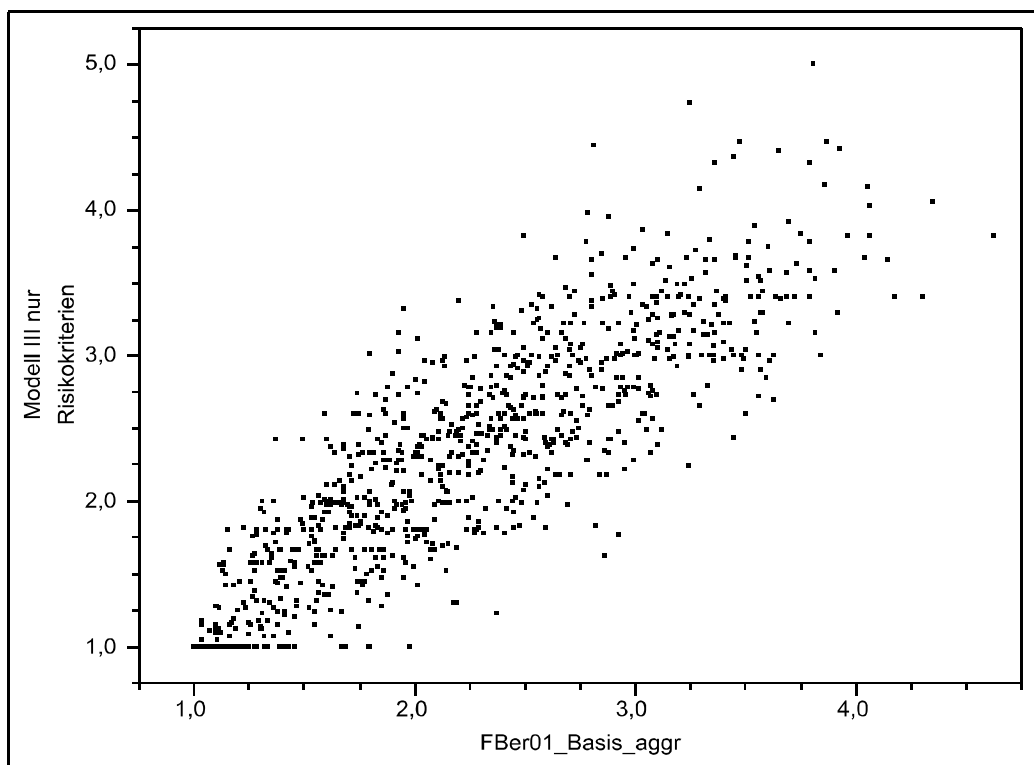


**Abbildung 13: Parallelplots nach Risikokriterien im Notenbereichen gut (1,5 - 2,0) der Gesamtnote im stationären Fall**

Modell III:

Dem Modell III (Reduziertes Modell) liegt die Annahme zugrunde, dass nur Risikokriterien verwendet werden. Die Berechnung und Benotung anhand dieser Kriterien erfolgt wie im bisherigen Verfahren. Auch für dieses Modell kann aufgrund der Datenlage nur wieder ein Vergleich anhand aggregierter Daten erfolgen.

Zieht man nun die auf Basis dieser aggregierten Daten berechnete Bereichsnote heran, so führt Modell III zu folgenden Veränderungen (vgl. Abbildung 14). Deutlich zu erkennen ist, dass die neu berechneten Noten sowohl nach oben wie nach unten von den aggregierten Bereichsnoten abweichen können, mit zunehmender Verschlechterung dieser Note wird der Bereich möglicher Abweichungen größer. Die Verwendung des reduzierten Modells bewirkt insgesamt eine geringe Verschiebung in Richtung leicht verschlechterter Bereichsnoten (vgl. Tabelle 27, es sind jedoch keine wesentlichen Effekte zu beobachten).



**Abbildung 14: Zusammenhang von neu berechneter Bereichsnote auf Basis aggregierter Daten (FBer01\_Basis\_aggr) und berechneter Bereichsnote nach aggregierter Bereichsnote im reduzierten Modell (Modell nur Risikokriterien)**

Bereichsnote Q1	Mittelwert	Perzentile			Standard- abweichung	Minimum	Maximum
		25%	Median	75%			
ursprüngliche Note	2,38	1,40	2,20	3,10	1,05	1,00	5,00
aggregierte Daten	2,24	1,63	2,20	2,79	0,75	1,00	4,62
aggregierte Daten, reduziertes Modell	2,32	1,72	2,34	2,97	0,81	1,00	5,00

**Tabelle 27: Deskriptive Kennwerte zum Modell III**

#### Modell VI:

Dem Modell IV (Risikokriterienmodell) liegt die Annahme zugrunde, dass nur Risikokriterien verwendet werden. Die Berechnung und Benotung erfolgt nur anhand nicht erfüllter Risikokriterien auf Bewohnerebene – ähnlich wie im Modell II. Es werden nur Noten in den Abstufungen sehr gut (1,0), gut (2,0), befriedigend (3,0), ausreichend (4,0) und mangelhaft (5,0) vergeben. Dieses Modell kann aufgrund der Datenlage auch nicht mehr annähernd sinnvoll simuliert werden, zum einen aufgrund der aggregierten Daten zum anderen aufgrund einer Vielzahl von fehlenden Benotungen für die Risikokriterien, die dazu führen würden, dass Einrichtungen mit vielen fehlenden Risikokriterien im Vergleich eine höhere Chance haben, gut bewertet zu werden.

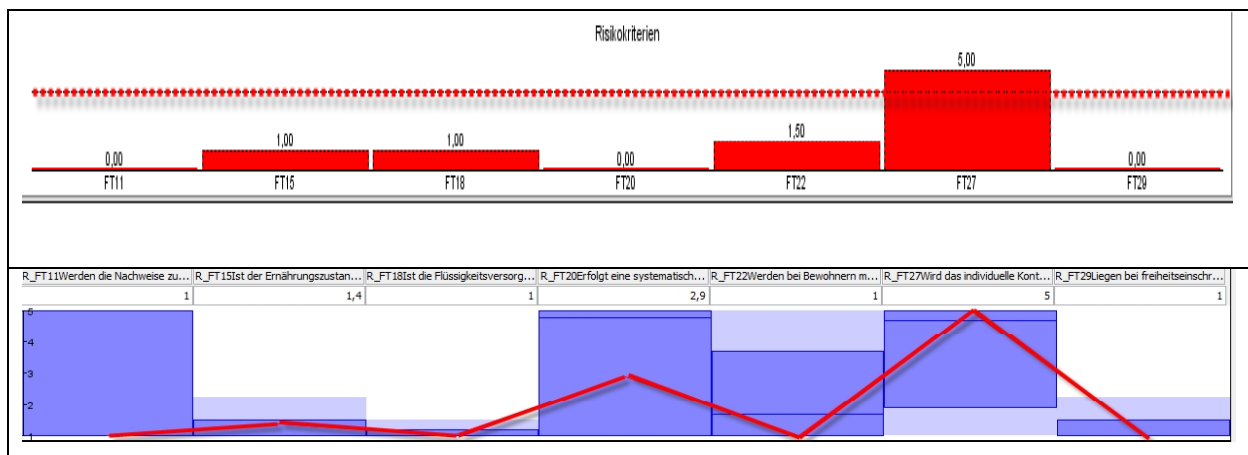
#### **4.1.6 Alternative Darstellung von Bewertungsprofilen**

Abschließend soll nun noch kurz auf die Möglichkeit eingegangen werden, Bewertungen von Kriterien und Bereichen unter Verwendung von (evtl. interaktiven) grafischen Darstellungen benutzerfreundlicher zu gestalten, um so die Vielzahl an Informationen besser zugänglich zu machen (ggf. auch in Ergänzung zu derzeit vorliegenden pdf-Dokumenten). Die hier kurz exemplarisch angerissenen Möglichkeiten sollen dabei lediglich dazu dienen, Denkanstöße für eine benutzerfreundliche Aufbereitung der Ergebnisse zu geben – aus Zeitgründen kann hier keine detaillierte Konzeption vorgestellt werden zumal dies auch nicht Auftrag der vorliegenden Evaluation ist.

Denkbar wären beispielsweise standardisierte Reports je Einrichtung/Dienst, die die Möglichkeit der Darstellung aller Einzelnoten der Qualitätsbereiche in komprimierter,

## Auswertung und Darstellung der Ergebnisse

grafischer Form, ggf. mit automatisierten Texterläuterungen bieten. So könnten bei einer gewünschten Berücksichtigung von Risikokriterien diese in Form von Balkendiagrammen für jede Einrichtung/ jeden Dienst direkt ausgewiesen werden oder aber als Profile (Parallelplots) mit hinterlegten Referenzwerten (z.B. mittleren Werten) dargestellt werden (vgl. Abbildung 15).



**Abbildung 15: Beispiele einer grafischen Darstellung von Bewertungen (von oben nach unten: Balkendiagramm, Parallelplot mit hinterlegten mittleren Werten)**

Weiterhin könnten die Bewertungen für Einzelkriterien für jede Einrichtung/ jeden Dienst als (farblich gekennzeichnete) Profile dargestellt werden und auch hier wieder mit mittleren Bewertungen verglichen werden. Beispielhaft ist in der Abbildung 16 die Gruppe der Risikofaktoren für die stationäre Einrichtung mit der Nummer 928 dargestellt.

Einrichtung 928		
▲	Note	Note[Mittelwert]
Frage_Txt	2,13	
R_FT11Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des	0,00	
R_FT15Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungs	1,00	
R_FT18Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkun	1,00	
R_FT20Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung? (MDK: 16.7 a)	0,00	
R_FT22Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die indiv	1,50	
R_FT27Wird das individuelle Kontrakturrisiko erfasst? (MDK 16.6a)	5,00	
R_FT29Liegen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen Einwilligungen oder	0,00	

**Abbildung 16: Beispiel I zur Darstellung von Risikokriterien als Profile**

Alternativ dazu könnten auch nur Farben für die einzelne Einrichtung und die mittlere Bewertung dargestellt werden (vgl. Abbildung 17).

Einrichtung 928		
▲	Note	Mittel
Frage_Txt	2,13	2,33
R_FT11Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des	0,00	2,57
R_FT15Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungs	1,00	1,37
R_FT18Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkun	1,00	1,30
R_FT20Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung? (MDK: 16.7 a)	0,00	3,47
R_FT22Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die indiv	1,50	2,38
R_FT27Wird das individuelle Kontrakturrisiko erfasst? (MDK 16.6a)	5,00	3,55
R_FT29Liegen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen Einwilligungen oder	0,00	1,70

**Abbildung 17: Beispiel II zur Darstellung von Risikokriterien**

Darstellungen dieser Art ermöglichen bei geeigneter Farbwahl einen guten Überblick über die Kriterien und ließen sich für alle Qualitätsbereiche und Kriterien anfertigen. Abbildung 18 zeigt noch einmal eine weitere Alternative, hierbei sind Ausfälle schwarz gekennzeichnet und die erzielten Bewertungen nach Farbgradienten gefärbt.

Einrichtung 928		
▲	Note	Mittel
Frage_Txt	2,13	2,33
R_FT11Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des		2,57
R_FT15Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungs	1,00	1,37
R_FT18Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkun	1,00	1,30
R_FT20Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung? (MDK: 16.7 a)		3,47
R_FT22Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die indiv	1,50	2,38
R_FT27Wird das individuelle Kontrakturrisiko erfasst? (MDK 16.6a)	5,00	3,55
R_FT29Liegen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen Einwilligungen oder		1,70

**Abbildung 18: Beispiel III zur Darstellung von Risikokriterien**

Für Nutzer, die eine detaillierte, dynamische Analyse von Bewertungen wünschen, könnten weiter Darstellungen verlinkt werden, z.B. Parallelkoordinatenplots zu den einzelnen Qualitätsbereichen und Kriterien, in denen mit den Notenkategorien verglichen wird. Abbildung 19 zeigt einen Ausschnitt aus einer solchen Beispieldarstellung. Der obere Parallelplot zeigt für die ausgewählte Einrichtung (Nr. 928) die erzielten Benotungen für die Kriterien des Qualitätsbereiches 1, darunter

## Auswertung und Darstellung der Ergebnisse

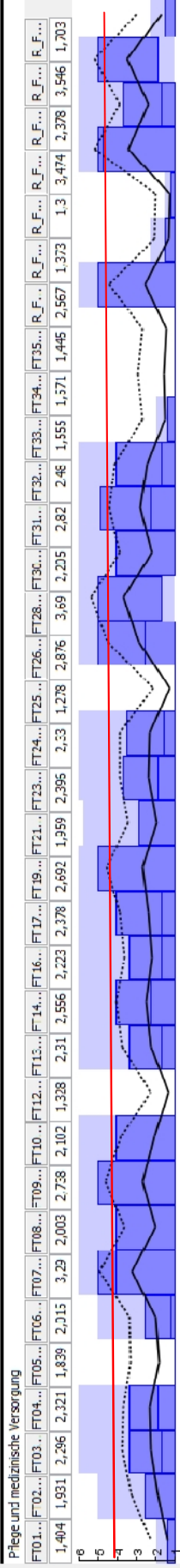
sind in einer Tabelle mit hinterlegten Profilen ausgewählte Kenngrößen zu Vergleichswerte (z.B. Benotungen der einzelnen Qualitätsbereiche) aller weiteren Einrichtungen – gruppiert nach der erzielten Gesamtbenotung – aufgelistet. Hierbei sind Mittelwerte und Streubereich der ausgewählten Einrichtung blau hinterlegt, die gestrichelten Linien ausgewählte Referenzwerte (z.B. Mittelwerte  $\pm$  Standardabweichung oder Quantile). Schlecht bewertete Einzelkriterien können so direkt erkannt und in Beziehung zu Bereichs- und Gesamtbewertungen gesetzt werden. Werden in solchen Darstellungen, die Daten aller Einrichtungen/ Dienste hinterlegt, lässt sich leicht zwischen den Profilen verschiedener Einrichtungen wechseln, um diese miteinander vergleichen zu können (vgl. Abbildung 20) – der rote Pfeil markiert dabei die Möglichkeit, zwischen Darstellungen verschiedener Einrichtungen wechseln zu können. Hier wäre es auch denkbar etwas nach erzielten Bewertungen auf- oder absteigend zu sortieren.

Der Einsatz solcher einrichtungs-/dienstbezogenen Profile würde es diesen ebenso wie (zukünftigen) Kunden auch erlauben auf einfache und schnelle Weise Vergleiche (z.B. für ein Benchmark) durchzuführen.



# Auswertung und Darstellung der Ergebnisse

## Zusammenhang zwischen Gesamt-, Bereichs- und Einzelnoten



Notenkategorie	Einrichtungen	fBer01[Mittelwert]	fBer02[Mittelwert]	fBer03[Mittelwert]	fBer04[Mittelwert]	fBer05[Mittelwert]	Gesamt[Mittelwert]	RK schlechter (gr 4)[Mittelwert]	Note schlechter (gr 4)[Mittelwert]	Note schlechter (gr 4 o. Befragung)[Mittelwert]
fGesamt	928	2,38	2,29	2,05	1,45	1,14	2,13	1,65	13,05	12,66
1	297	1,34	1,20	1,21	1,05	1,07	1,21	0,57	3,48	3,30
2	323	2,27	2,10	1,82	1,31	1,12	1,94	1,68	11,64	11,30
3	210	3,23	3,28	2,70	1,72	1,19	2,89	2,49	20,72	20,17
4	73	4,08	4,12	4,05	2,53	1,30	3,93	3,04	30,04	29,26
5	15	4,68	4,54	4,30	3,59	1,38	4,77	3,47	37,40	36,13

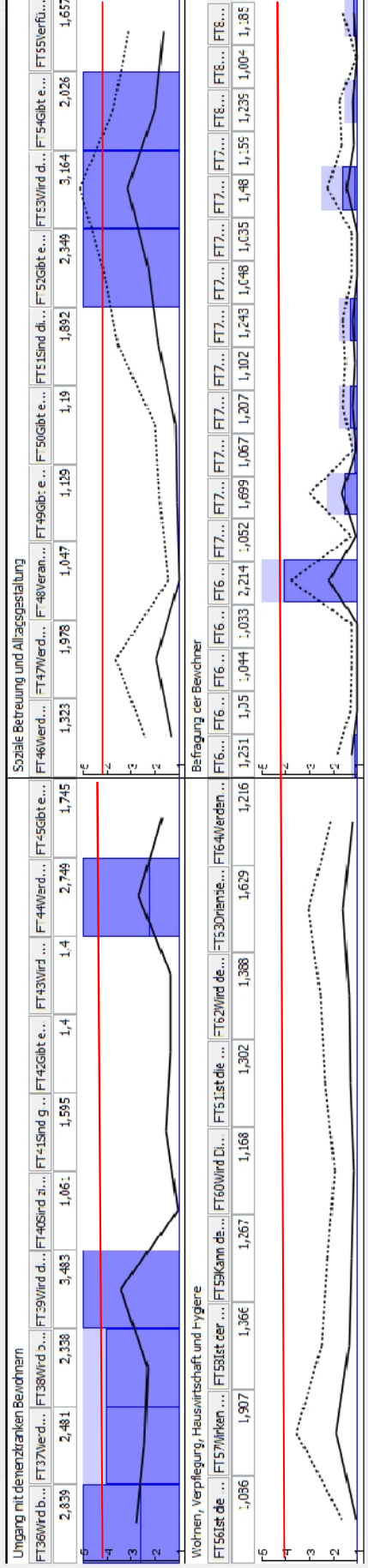


Abbildung 19: Beispielhafter Ausschnitt I einer grafisch-dynamischen Analyse von Bewertungen

# Auswertung und Darstellung der Ergebnisse

## Zusammenhang zwischen Gesamt-, Bereichs- und Einzelnoten

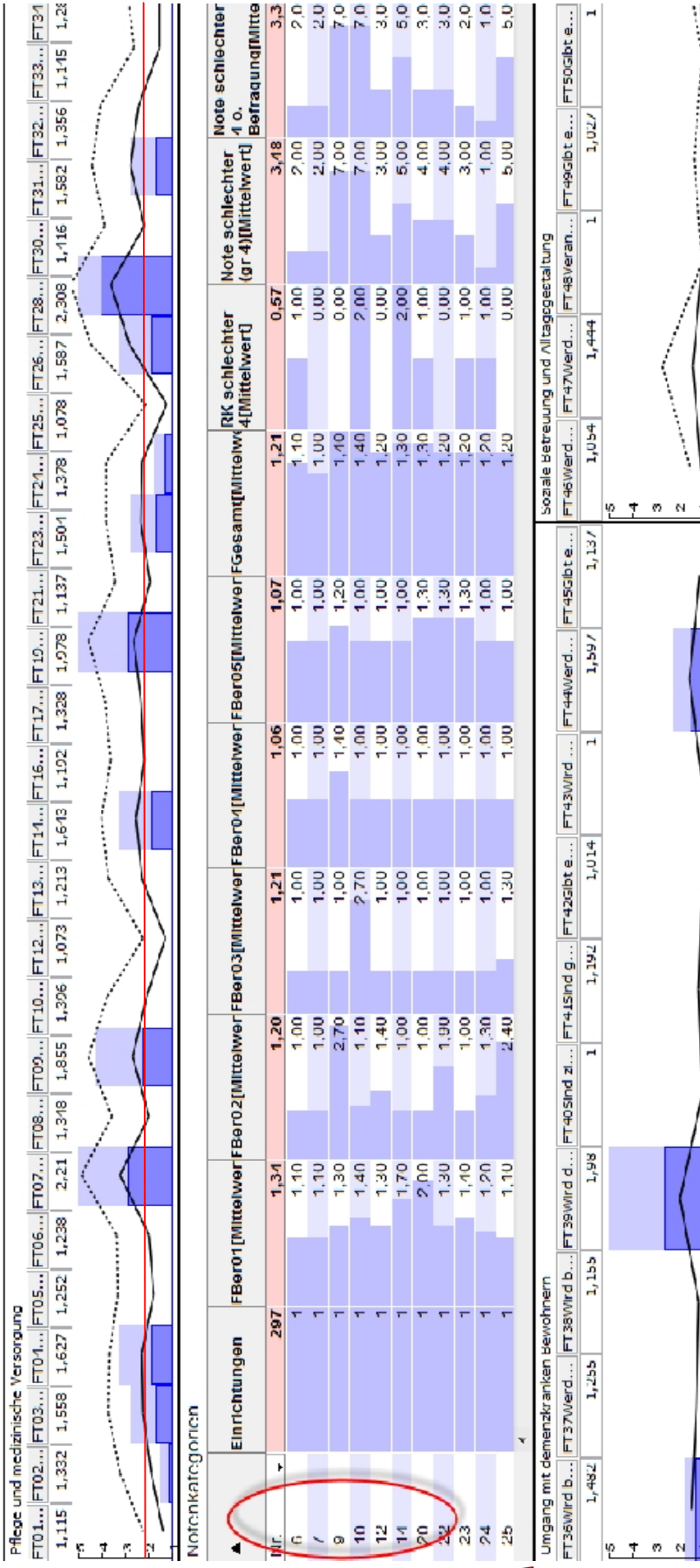


Abbildung 20: Beispielhafter Ausschnitt II einer grafisch-dynamischen Analyse von Bewertungen

## **4.2 Qualitative Auswertung und Darstellung – Interviews (GfK)**

Gemäß der Vorgehensweise der qualitativen Inhaltsanalyse von Mayring (s. Kapitel 3.2; Mayring 2003) wurden Haupt- und Unterkategorien gebildet und definiert und die Daten aus den Interviews diesen zugeordnet. Folgende Kategorien leiten die Auswertung der Interviews, die die GfK im Auftrag des GKV-SV im Januar 2010 mit insgesamt 62 Personen (Senioren ab 60 Jahren = 26; Bezugspersonen ab 40 Jahren = 27; Mitarbeiter von Pflegestützpunkten = 9) durchgeführt hat:

- Nützlichkeit,
- Verständlichkeit,
- Vergleichbarkeit,
- Serviceleistungen und Pflegeangebote.

### **4.2.1 Kategorie „Nützlichkeit“**

In dieser Oberkategorie werden Aussagen der Befragten aufgenommen, die Fragen nach der `Nützlichkeit` der präsentierten Informationen im Hinblick auf das Treffen einer Entscheidung für oder gegen die Inanspruchnahme eines ambulanten oder stationären Pflegeangebots thematisieren.

Als auf diese Oberkategorie bezogene Unterkategorien können aus dem Interviewmaterial nach dem Verfahren der induktiven Kategorienbildung nach Mayring (2003) folgende Unterkategorien gebildet werden, die im Folgenden nacheinander präsentiert werden:

- 1 SUCHSTRATEGIEN UND GEWÜNSCHTE ZUGANGSWEGE**
- 2 BEKANNTHEITSGRAD**
- 3 GESELLSCHAFTLICHE UND PERSÖNLICHE RELEVANZ**
- 4 VOR ORT EIN EIGENES BILD MACHEN**

## **1 Suchstrategien und gewünschte Zugangswege**

In dieser Unterkategorie werden Aussagen zu Suchstrategien und Zugangswegen zusammengefasst, die bei der Suche nach ambulanten oder stationären Pflegeangeboten von den Befragten genutzt werden bzw. genutzt werden würden. Außerdem werden Aussagen zusammengefasst, die sich auf weitere von den Befragten gewünschte Zugangswege beziehen.

Alle Befragten haben vor der Interviewteilnahme bereits Informationen über das Internet gesucht, sodass die hohe Bedeutung des Internets als Zugangsweg der Informationssuche in den Aussagen der Befragten nicht überrascht. Dies gilt sowohl für die befragten Senioren, Bezugspersonen sowie die Mitarbeiter der Pflegestützpunkte (z.B. Interview 14:1 oder I. 62:1).

Aus der Sicht der Befragten, die die Seite „pfegebot.de“ während des Interviews ansehen bzw. schon kennen, bietet diese Seite die nützliche Eigenschaft, vorher einzeln aufzusuchende Informationen bereits zu bündeln und damit die Suche zu erleichtern:

*„Eigentlich hätte ich einfach unter `Pflegeheime` gesucht, da ist der Pflegebot ein super Fortschritt.“ (I. 12:2)*

Neben der Suche im Internet spielen Informationen aus dem Freundes- und Bekanntenkreis sowie von Personen, die die Häuser „wirklich von innen kennen“ und „hinter die Fassade gucken können“ eine wichtige Rolle bei der Informationssuche (I. 6:1). Die Mitarbeiterin eines Pflegestützpunktes fasst die aus ihrer Sicht häufig genutzten Suchstrategien zusammen:

*„Die Jüngeren gucken im Internet, die Älteren eher in Zeitungen, durch Öffentlichkeitsarbeit, wobei die jüngeren-Älteren auch im Internet oder bei Beratungseinrichtungen, Arzt oder Krankenhaus.“ (I. 29:1)*

Hiermit schlägt sie bereits eine Brücke zu der Frage nach weiteren relevanten Zugangswegen zu Informationen bzgl. ambulanter oder stationärer Pflegeeinrichtungen. Im Hinblick auf gewünschte Zugangswege werden häufig verschiedene Printmedien genannt, wie z.B. der Tagesspiegel oder Apothekenzeitschriften (I. 3:3). Sehr häufig werden auch

Krankenkassen/Pflegekassen und Ärzte neben den jeweiligen Pflegeeinrichtungen selbst als geeignete Orte genannt, an denen diese Informationen zugänglich sein sollten (I. 12:4; I. 21:3; I. 52:3; I. 4:3). Da auch in der an späterer Stelle aufgeführten Oberkategorie `Serviceleistungen und Pflegeangebote` von den Befragten angegeben wird, sich insbesondere für Angebote in der Nähe des eigenen Wohnorts zu interessieren, erscheint auch eine auf bestimmte Regionen oder Wohngebiete bezogene Darstellung der Informationen für die Befragten relevant und nützlich (I. 21:3). Begründet wird der Wunsch nach zusätzlichen Zugangswegen von den Befragten in erster Linie damit, dass gerade älteren Personen ohne Internetanschluss ein Zugang zu diesen Informationen zur Verfügung gestellt werden sollte. Da in der an späterer Stelle noch darzustellenden Kategorie `Bekanntheitsgrad` deutlich wird, dass das Wissen um Transparenzberichte noch nicht allzu verbreitet zu sein scheint, könnte die Frage gestellt werden, ob das Auslegen von Informationsflyern zu den Transparenzberichten und dem Zugangsweg über das Internet an Stellen mit hohem Publikumsverkehr, wie z.B. Ämtern, Apotheken o.ä. eine Alternative zu dem Auslegen von Transparenzberichten darstellen könnte.

## **2 Bekanntheitsgrad**

In dieser Unterkategorie werden Aussagen der Befragten zusammengestellt, die sich auf den Bekanntheitsgrad beziehen, den die Transparenzberichte und die Internetseite „[pflagelotse.de](http://pflagelotse.de)“ bei den Befragten besitzen.

Die Mitarbeiterin eines Pflegestützpunktes fasst mit ihren Worten die Ausgangslage zusammen:

*„Es gibt noch keine Kultur für dieses Gebiet.“ (I. 10:3)*

Dieser persönliche Eindruck, der zum Ausdruck bringt, dass sich das Wissen um Transparenzberichte in der Öffentlichkeit noch nicht kultiviert hat bzw. sich noch nicht als eine bekannte Informationsquelle etablieren konnte, spiegelt die Tatsache wieder, dass Transparenzberichte in dieser Form erst seit 2008 gesetzlich einen Platz in der deutschen Pflegelandschaft einnehmen. Allerdings wird in den Interviews deutlich, dass das Thema der Transparenz und somit die Möglichkeit, Einblick in die Qualität von Pflegeeinrichtungen nehmen zu können, von hohem gesellschaftlichen und

persönlichen Interesse ist, wie es in der Kategorie `Gesellschaftliche und persönliche Relevanz` noch dargestellt werden soll.

Die oben angeführte Einschätzung der Mitarbeiterin eines Pflegestützpunktes spiegelt sich in verschiedenen Aussagen der Befragten ebenfalls wider:

*„Für die Entscheidung der Pflegestationen ist es sehr hilfreich, aber nur, wenn man davon weiß, ich persönlich weiß nichts davon, man muss stärker auf diese Seite aufmerksam machen.“ (I. 22:3)*

Mit dem recht niedrigen Bekanntheitsgrad der Berichte und der Seite „pflegelotse.de“ einherzugehen scheint auch ein noch zurückhaltender Einsatz in der Beratung:

*„Bisher habe ich diese Berichte noch nicht so häufig genutzt, aber wahrscheinlich weil es noch sehr neu ist.“ (I. 61:1, PSP)*

Dies verwundert nicht vor der Aussage einer weiteren Mitarbeiterin eines Stützpunktes, der zufolge die Anzahl der für Berlin zur Verfügung stehenden Transparenzberichte von ihr auf weniger als 50 geschätzt wird (I. 59:1). In den Interviews wird aber auch von vielen Befragten angegeben, bereits etwas von den Berichten oder den Noten für Pflegeeinrichtungen gehört zu haben. Im Gegensatz hierzu scheint allerdings die Internetseite „pflegelotse.de“ weniger bekannt zu sein. Häufig wird von den Befragten angegeben, hierüber etwas aus dem Fernsehen oder Zeitungen erfahren zu haben. In den Fernsehsendungen sei über die Pflegeheime an sich sowie über das Beurteilungsverfahren berichtet worden.

### **3 Gesellschaftliche und persönliche Relevanz**

In dieser Unterkategorie werden Aussagen der Befragten zusammengetragen, die sich entweder auf die gesellschaftliche oder die persönliche Relevanz der Berichte und Noten beziehen, die die Befragten diesen zuschreiben.

Neben der persönlichen Nützlichkeit im Hinblick auf das Treffen einer Entscheidung für oder gegen die Inanspruchnahme einer Pflegeeinrichtung, äußern sich die Befragten auch zu der Relevanz, die die Transparenzberichte und das Beurteilungsverfahren aus ihrer Sicht gesellschaftlich betrachtet haben könnten. Viele der Befragten bringen in ihren Äußerungen zum Ausdruck, bereits selbst negative Erfahrungen mit Pflegeeinrichtungen bei Angehörigen gemacht zu haben

## Auswertung und Darstellung der Ergebnisse

oder hiervon Kenntnis zu haben. Dies könnte verständlich machen, dass an die Veröffentlichung von Berichten und Noten auch der Wunsch nach einer allgemeinen Verbesserung der Ausgangslage besteht:

*„Ich erhoffe mir auch, dass es durch diese Berichte in Zukunft besser wird.“ (I. 9, S. 4)*

Allgemein scheinen die Befragten mit der Einführung der Berichte und Noten die Hoffnung zu verbinden, dass diese zu einer Qualitätsverbesserung führen können, indem die Berichte z.B. eine Aufforderung für die Pflegeeinrichtungen sein könnten, ihre Qualität zu verbessern (I. 61:2). Manche Interviewten sehen in den Berichten auch eine Art Kontrollinstanz:

*„Das finde ich gut, so können die Pflegeheime nicht machen was sie wollen.“ (I. 43:1)*

Vereinzelt wird aber auch darauf verwiesen, dass die Berichte dazu nützen könnten, die Pflegeeinrichtungen „von ihrem schlechten Ruf wegzubringen“ (I. 8:6).

Für das Treffen einer Entscheidung für oder gegen die Inanspruchnahme einer Pflegeeinrichtung wird den Berichten von nahezu allen Befragten eine große Nützlichkeit zugeschrieben:

*„Gut finde ich, dass es diese Berichte gibt. Ich erhoffe mir davon eine realistische Bewertung der Zustände und der pflegerischen Leistungen, gerade um dann die richtigen Entscheidungen zu treffen.“ (I. 62:4; PSP)*

Gerade auch die angeführten Noten der Einrichtungen scheinen nach Aussagen der Befragten einen Einfluss auf ihre persönliche Entscheidung zu nehmen, sodass Einrichtungen mit schlechten Noten während der Recherche bereits aussortiert zu werden scheinen:

*„Die Noten würden mich davon abhalten, Kontakt zu dieser Einrichtung aufzunehmen.“ (I. 62:2)*

Neben dieser Funktion, mit Hilfe der Berichte eine Vorauswahl im Hinblick auf mögliche Pflegeeinrichtungen treffen zu können, äußern nahezu alle Befragten den

Wunsch, zusätzliche Informationen vor Ort erlangen zu wollen und sich somit ein eigenes Bild machen zu können (vgl. Kategorie `Vor Ort ein eigenes Bild machen`).

Die Mitarbeiterin eines Pflegestützpunktes gibt hierzu an, nur auf Grund des Transparenzberichtes noch keine „vernünftige Beratung für den Betroffenen oder den Angehörigen durchführen zu können“ (I. 10:2, PSP). Eine weitere Mitarbeiterin ergänzt diese Aussage - ihr zufolge sind auch andere Kriterien von Bedeutung, wie der persönliche Kontakt zu den Einrichtungen oder das Anliegen, Ratsuchende darin „fit zu machen, nach ihren Bedürfnissen zu suchen“ (I. 29:1, PSP, auch I. 34:1).

Die eigenen Bedürfnisse einschätzen zu können erscheint zum einen wichtig, da mit der Inanspruchnahme eines Pflegeangebotes ein neuer Lebensabschnitt für die Pflegebedürftigen und die Angehörigen beginnt. Die Veränderungen sollten sich daher möglichst unkompliziert in den eigenen Lebensrhythmus integrieren lassen. Außerdem stellt sich aber auch die Frage, wie bei der Suche nach einer für sich persönlich geeigneten Pflegeeinrichtung vorgegangen werden kann und welche Informationen die Transparenzberichte im Hinblick auf diese Suche zur Verfügung stellen, wie es die Mitarbeiterin eines Pflegestützpunktes beschreibt:

*„Es ist ein bisschen schwierig, wenn ich jetzt jemandem sagen müsste, geh in diese Einrichtung und der hätte sich den Transparenzbericht angeschaut, wüsste ich nicht, welche Fragen er stellen sollte. Das Tool gibt mir Hinweis, dass es in bestimmten Bereichen Probleme gibt (...) Ich würde jemandem, der einen Platz sucht immer empfehlen, sich Gedanken zu machen, was ihm selber wichtig ist im Alltagsleben und sich diese Einrichtung vor Ort anzuschauen und die Fragen zu stellen sowie ein Probewohnen zu vereinbaren.“ (I. 10: 3)*

#### **4 Vor Ort ein eigenes Bild machen**

In dieser Unterkategorie werden Aussagen zusammengetragen, die die Bedeutung der eigenen Einschätzung und des persönlichen Eindrucks vor Ort als Kriterium bei der Entscheidungsfindung thematisieren.

Anknüpfend an die Ergebnisse der Kategorie `Gesellschaftliche und persönliche Relevanz` schildert ein Großteil der Befragten nun die Bedeutung der eigenen Einschätzung vor Ort:



## Auswertung und Darstellung der Ergebnisse

*„Um erstmal ein Heim auszuwählen finde ich diese Berichte sehr gut. Ich würde aber immer noch mal vor Ort gucken und mir ein eigenes Bild machen.“ (I. 44:2)*

Begründet wird dies mit der Auffassung, dass die Transparenzberichte nicht mit der Realität vor Ort übereinstimmen müssen:

*„Die Übersicht und die Inhalte sehen ja meistens toll aus, aber die Realität vor Ort sieht meistens anders aus.“ (I. 45:2)*

Verständlich ist, dass der Transparenzbericht auch keine Abbildung der Realität sein kann, sondern lediglich einzelne Merkmale dieser Realität abbilden kann. Außen vor bleibt hier das eigene Bild der Einrichtung vor Ort, das die Vorstellung erwecken sollte, sich in dieser Einrichtung wohlfühlen zu können:

*„Es muss die Chemie stimmen, das können sie nur vor Ort.“ (I. 31:5)*

### **Zusammenfassung der Ergebnisse Oberkategorie `Nützlichkeit`**

Im Hinblick auf die dargestellten Ergebnisse der einzelnen Unterkategorien lässt sich für die Oberkategorie `Nützlichkeit` zusammenfassend festhalten, dass die Einführung von Transparenzberichten über Pflegeeinrichtungen von nahezu allen Befragten als nützlich für die eigene Entscheidungsfindung empfunden wird. In der Beratung stellen die Berichte bisher noch keine zentrale Informationsquelle dar, weil die Nachfrage nach den Berichten bisher nicht groß ist und sich der Umgang mit den Berichten in der Arbeit bisher noch nicht etabliert zu haben scheint. Die Berichte vereinfachen vor allem für Laien die Suche nach Informationen erheblich und ermöglichen aus Sicht der Befragten häufig eine Vorauswahl, anhand derer bereits Einrichtungen, die bestimmte Risikomerkmale aufweisen, herausgefiltert werden können. Diese Vorauswahl wird dann in erster Linie durch die persönliche Kontaktaufnahme mit den in Frage kommenden Pflegeeinrichtungen oder Personen, die mit den Einrichtungen vertraut sind, ergänzt. Neben dem Internetzugang sollten die Berichte aus Sicht der Befragten allerdings auch Personen ohne Internetzugang in ausgedruckter Form zur Verfügung stehen, bzw. einfach zugänglich sein.

#### **4.2.2 Kategorie „Verständlichkeit“**

In dieser Oberkategorie werden Aussagen der Befragten aufgenommen, die sich auf das vom Gesetzgeber erwartete Kriterium der `Verständlichkeit` der präsentierten Informationen beziehen. Hierbei geht es um die Frage, ob die Leistungen und die Qualität (insbes. Ergebnis- und Leistungsqualität) der Pflegeeinrichtungen aus Sicht der Befragten nachvollziehbar und angemessen durch die Berichte und Noten abgebildet werden.

Als auf diese Oberkategorie bezogene Unterkategorien können aus dem Interviewmaterial nach dem Verfahren der induktiven Kategorienbildung nach Mayring (2003) folgende Unterkategorien gebildet werden, die im Folgenden nacheinander präsentiert werden sollen:

- 1 LESBARKEIT**
- 2 NACHVOLLZIEHBARKEIT DES BEURTEILUNGSVERFAHRENS**
- 3 ANZAHL DER BEFRAGTEN**
- 4 MISSVERSTÄNDNISSE IM HINBLICK AUF DAS BEURTEILUNGSVERFAHREN**
- 5 VERHÄLTNIS GESAMTNOTE – TEILNOTEN**
- 6 OPTISCHE GESTALTUNG**
- 7 HANDLING – NAVIGATION**

##### **1 Lesbarkeit**

In dieser Unterkategorie werden alle Aussagen zusammengefasst, die sich auf das Verständnis der in den Berichten und der Internetseite `pfege.de` dargestellten Informationen und Inhalte der Befragten beziehen.

Die Äußerungen der Befragten weisen in erster Linie auf drei zentrale Bereiche hin, deren Verständnis den Befragten Probleme zu bereiten scheint. Dies ist die Verwendung von Fachbegriffen, Oberbegriffen und Abkürzungen.

Ein Befragter verdeutlicht aus seiner Sicht die Problematik im Hinblick auf die Verwendung von Fachbegriffen in den Transparenzberichten:

*„Zu viele Begriffe, die in den medizinischen Bereich gehen.“ (I. 54:2)*

## Auswertung und Darstellung der Ergebnisse

Diese Aussagen treffen nicht überraschend auf diejenigen Befragten zu, die bisher wenig Kontakt mit medizinischen oder pflegerischen Themen hatten. Die Befragten, die mit dem verwendeten Fachvokabular vertraut sind, charakterisieren die dargebotenen Inhalte bzw. die verwendete Sprache als „verständlich“ und „ganz normal“ (I. 56:2).

Als eher das Verständnis der Befragten zu erschweren scheint sich auch die Verwendung von Paragraphen zu erweisen (I. 33:8; I. 53:2). Falls Paragraphen verwendet werden besteht das Problem, nicht zu wissen, was sich hinter diesen Paragraphen verbirgt, sodass hier der Wunsch geäußert wird eine kurze Erklärung oder einen Hinweis einzufügen, wo man diese Informationen ggf. nachlesen kann. Auch die Möglichkeit auf die Angabe von Paragraphen zu verzichten wird thematisiert (I. 43:2).

Sehr häufig werden Aussagen getroffen, die vermuten lassen, dass den Befragten nicht vollständig ersichtlich ist, was sich hinter den verwendeten Oberbegriffen verbirgt. Dies betrifft alle drei Gruppen von Befragten:

*„Ich weiß nicht, was mit `Dienstleitung und Organisation` gemeint ist.“ (I. 55:4, PSP)*

Häufige Verständnisprobleme bereiten die Oberbegriffe `Soziale Betreuung` und `Alltagsbetreuung` (I. 57:3); `Ressourcen im Bereich der Pflege` (I. 63:2); `Kleine und große Körperpflege` (I. 60:2); `Grundpflege`, `Erstbesuch` (I. 14:2), `Ausbildungskosten` (I. 35:2), `Investitionskosten` (I. 53:2) oder `vollstationär` (I. 49:1). Einzelne Befragte äußern auch Verständnisprobleme bei den Begriffen `Pflegestufe` oder `Dekubitus`.

Eine Befragte fasst diese Problematik zusammen:

*„Wenn ich das für jemanden raussuchen würde, würde ich mich fragen, kann der z.B. mit den Begriffen `Alltagsgestaltung`, `Pflege und medizinische Versorgung` was anfangen? Es fühlt sich an wie ein eigenes Latein. Für Angehörige, die mit dem Thema nicht arbeiten, ist es eine andere Sprache. Eigentlich müsste man es übersetzen.“ (I. 10:3)*

Auch die Mitarbeiterin eines Pflegestützpunkts weist auf diese Problematik hin:

## Auswertung und Darstellung der Ergebnisse

*„Was ist `Medikamentenversorgung`? Für den Laien unverständlich. Ist es das Beschaffen aus der Apotheke? Ist es das Überwachen der Einnahme? Es könnte ja auch heißen, dass die Pflegeeinrichtung die Medikamente für einen günstigen Preis in der Apotheke besorgt, es aber nicht genau das Medikament ist, das der Arzt verschrieben hat.“ (I. 10:4; PSP)*

Viele Aussagen beziehen sich auch auf den Einsatz von Abkürzungen, in erster Linie auf die Abkürzung `MDK` oder auch seltener `VDEK` (I. 46:3; I. 8:4; I. 60:2; I. 29:2). In Bezug auf die Abkürzung `MDK` formuliert ein Befragter einen häufig genannten Wunsch:

*„Ich finde das müsste noch mal erklärt werden. Man könnte eine Vorstellung des MDKs integrieren.“ (I. 43:2)*

### **2 Nachvollziehbarkeit des Beurteilungsverfahrens**

In dieser Unterkategorie werden Aussagen der Befragten gebündelt, die sich auf die Nachvollziehbarkeit und das Verständnis des Beurteilungsverfahrens beziehen.

Ein Befragter fasst mit seiner Aussage eine Problematik zusammen, die in Bezug auf das Beurteilungsverfahren häufig zum Ausdruck gebracht wird:

*„Es muss deutlicher werden, wie die Bewertungen zustande kommen.“ (I. 54:2)*

Häufig erscheint es nicht deutlich zu werden, welche Kriterien oder Fragen sich hinter den Noten verbergen, was das Verständnis des Beurteilungsverfahrens deutlich einzuschränken scheint (I. 59:1).

*„Der Kunde weiß nicht, welche Fragen gestellt wurden und wie die Note letztendlich zustande gekommen ist.“ (I. 24:2)*

Die Mitarbeiterin eines Pflegestützpunktes weist darauf hin, dass ersichtlich sein sollte, was die einzelne Note bedeutet, eine Legende könnte aus ihrer Sicht hier Abhilfe schaffen (I. 64:4). Auch der Ablauf einer Prüfung vor Ort scheint für die Befragten eine offene Frage zu sein (I. 6:4).

*„MDK-Prüfung, da kann man sich nichts drunter vorstellen.“ (I. 11: 2)*

Mit Rückblick auf die bereits beschriebene Problematik der Verwendung von Abkürzungen, wird hier erneut deutlich, dass das Verständnis des MDK als

Auswertung und Darstellung der Ergebnisse

Organisation und dessen Aufgaben einen zentralen Einfluss auf die Verständlichkeit zu nehmen scheint. Mehrere Aussagen von Befragten deuten darauf hin, dass der MDK als Urheber des Berichts nicht deutlich erkennbar zu sein scheint (I. 50:2; I. 19:6; I. 26:3).

*„Ich würde mich fragen, wer die Benotungen vorgenommen hat.“ (I. 9:3)*

Die Verwendung des Schulnotensystems als Orientierungshilfe wird im Allgemeinen als positiv betrachtet, auch wenn nur vereinzelt hierzu Aussagen getroffen werden (I. 52:2; I. 37:3). Häufig werden in Aussagen zu Beurteilungsverfahren auch Begriffe wie „TÜV“ oder „Prüfsiegel“ eingebracht, ebenso wird die „Stiftung Warentest“ in den Aussagen einzelner Befragter genannt.

Der Aussage einer Befragten zufolge hat eine eingeschränkte Verständlichkeit auch möglicherweise Einfluss auf eine weitere Oberkategorie, die Vergleichbarkeit:

*„Die Idee, verschiedene Einrichtungen zu vergleichen ist für mich auch nicht sinnvoll, da ich gar nicht sagen kann, welche Probleme hinter der Benotung stecken.“ (I. 10:2)*

### **3 Anzahl der Befragten**

In dieser Unterkategorie werden Aussagen von Befragten zusammengestellt, die sich auf die Relevanz der Anzahl an befragten Kunden von Pflegeeinrichtungen für die Verständlichkeit des Beurteilungsverfahrens beziehen.

Die geringe Anzahl an befragten Kunden der Pflegeeinrichtungen ist ein sehr häufiger Kritikpunkt bei den Interviewten:

*„Die Anzahl der befragten Kunden sind nur 5%, das ist mir eindeutig zu wenig, dass ist nicht repräsentativ.“ (I. 51: 2)*

Die Frage der Repräsentativität greifen mehrere Befragte auf (z.B. auch I. 55:4):

*„Wenn 12 Bewohner sagen, es ist sehr gut, aber die anderen 100 Bewohner sagen, dass ist nicht so, dann weiß ich es immer noch nicht. Aus diesem Bericht könnte ich nicht 100% erschließen, dass es ein gutes Heim ist.“ (I. 57:3)*

Auswertung und Darstellung der Ergebnisse

Den getroffenen Aussagen zufolge, hat die geringe Anzahl an Befragten einen negativen Einfluss auf die Glaubwürdigkeit der dargebotenen Informationen:

*„Sehr wenig, da kommt gleich die Assoziation, es könnten fünf Ausgewählte sein.“ (I. 14:3)*

#### **4 Missverständnisse im Hinblick auf das Beurteilungsverfahren**

In dieser Unterkategorie werden Aussagen von Befragten zusammengestellt, die auf Missverständnisse bzw. Fehlannahmen in Bezug auf das Beurteilungsverfahren hinweisen.

Die Angabe des Wertes „0,0“ führt sehr häufig zu Missverständnissen bei den Befragten (I. 54:3), ein Beispiel hierfür:

*„Da hat sich der Pflegedienst geweigert, darüber irgendwelche Auskünfte zu machen. Das würde ich nicht in Anspruch nehmen, wenn er mir nicht konkret sagen kann, wir versorgen die Menschen so und so. Dann Hände weg!“ (I. 33:5)*

Die Befragten weisen auf die Möglichkeit hin, dies z.B. durch die Aussage „konnte nicht bewertet werden“ (I. 44:2), „keine geprüften Patienten“, „keine Angaben“ (I. 61:3) oder durch einen Strich zu ersetzen (I. 23:3).

Ein weiteres Missverständnis betrifft die Annahmen der Befragten darüber, wer bei der Beurteilung eigentlich befragt wird. Einige Befragte gehen davon aus, dass die Kunden oder Mitarbeiter der Einrichtungen befragt würden und so eine Note gebildet werde (I. 41:2; I. 18:2; I. 49:3).

Vereinzelt kommt es zu weiteren Missverständnissen z.B. darüber, dass ein Arzt in der Einrichtung vor Ort sei (I. 46:3; I. 5:3). Die Auffassung, die Prüfung beruhe auf Freiwilligkeit (I. 42:2), die Noten seien gewichtet (I. 10:4) oder die Note hänge mit der Berechnung der Kosten zusammen (I. 46:4) scheinen lediglich am Rande eine Rolle zu spielen.

#### **5 Verhältnis Gesamtnote – Teilnoten**

In dieser Unterkategorie werden Aussagen der Befragten zusammengetragen, die sich auf die Verständlichkeit des Verhältnisses der Gesamtnote zu den einzelnen Teilnoten beziehen.

## Auswertung und Darstellung der Ergebnisse

Die Befragten äußern sich hierbei insbesondere zu der Spanne von Gesamtnote und Teilnoten:

*„Auffällig ist die große Spanne in der Bewertung.“ (I. 37:2)*

Einen Einfluss auf die Verständlichkeit scheint hierbei insbesondere das Verhältnis der Gesamtnote und der Teilnoten bei den Befragten einzunehmen:

*„Mich stören gute Gesamtergebnisse bei schlechten Teilnoten.“ (I. 1:4)*

Das Bilden einer Gesamtnote scheint aus Sicht der Befragten eher zu einer Verringerung der Verständlichkeit zu führen:

*„Nicht gut, dass die Zensuren am Ende zusammen genommen werden, weil man nicht weiß, was dahinter steckt.“ (I. 64:1)*

Woraufhin Schlussfolgerungen von den Befragten für den Umgang mit Gesamtnote und Teilnoten gezogen werden:

*„Es kommt eine 1,5 raus und da war ich erstaunt, dass es auch eine 5 gibt. Die Detailergebnisse sind wichtiger als die Gesamtnote.“ (I. 30:4)*

Ein weiterführender Punkt, der in den Aussagen der Befragten häufig erscheint, thematisiert die Frage, wie die Noten gewichtet werden sollten:

*„Ich finde die Bewertungen schlecht, das vermischt sich alles ein bisschen. Es gibt ja einmal Dienstleistungen, Pflege und ärztliche Verordnung und die drei Punkte werden alle gleich gewichtet. Dadurch verwischt sich das Gesamtergebnis.“ (I. 61:3; PSP)*

Ein Befragter thematisiert die Problematik, die er mit der Tatsache verbindet, dass die Noten nicht gewichtet werden.

*„Schlechte Betreuung und Wundlegung kann aufgehoben werden durch deutschsprachige Betreuerin, jeder hat einen Punktwert, guter Hausmeister kommt mit rein, das ist großer Mist.“ (I. 28:1)*

Die Wünsche der Befragten beziehen sich auf die Notwendigkeit einer Gewichtung der Noten:

*„Die Verteilung sollte anders sein, die Wertigkeiten der Noten sollte sich unterscheiden, die Pflege sollte sich evtl. verdoppeln.“ Später: „Wie können die auf 1,5 kommen, wenn die wichtigsten Sachen nicht gut sind. Das muss anders gewichtet werden, die einzelnen Kriterien.“ (I. 28:4)*

## **6 Optische Gestaltung**

In dieser Unterkategorie werden Aussagen der Befragten aufgenommen, die sich auf die optische Gestaltung der Seite `pfelegelotse.de` und des Transparenzberichtes beziehen und somit Rückschlüsse auf die Oberkategorie `Verständlichkeit` ermöglichen können.

Das pdf-Format wird von nahezu allen Befragten positiv aufgenommen. Wünsche bzgl. anderer Formate werden nicht geäußert. Der häufigste Kritikpunkt der Befragten ist die Schriftgröße. Die Befragten geben an, dass gerade für ältere Menschen die Schrift größer sein sollte (I. 49:2; I. 61:2; I. 37:2; I. 9:2; I. 12:3; I. 15:2). Die Möglichkeit, die Schriftgröße auf der Seite zu verändern, scheint für die Befragten demnach nicht deutlich genug präsentiert zu werden.

In Bezug auf die optische Gestaltung der Internetseite `pfelegelotse.de` zeigt sich bei den Befragten ein durchwachsendes Bild. Ein Teil der Befragten charakterisiert diese Seite als passend, sachlich und informativ, die Grafik wird häufig als einfach und zweckmäßig beschrieben (I. 37:3; I. 8:5; I. 52:2f.). Ein anderer Teil der Befragten äußert sich eher negativ im Hinblick auf die oben dargestellte Sachlichkeit und Zweckmäßigkeit der optischen Gestaltung. Für diesen Teil der Befragten wirkt die Seite eher nüchtern und sei nicht so ein „Hingucker“ (I. 38:1; PSP; I. 36:6; I. 2:3). Einzelne Befragte beschreiben das Bild der Frau im Hintergrund der Seite als den „negativsten Aspekt“ (I. 12:2; I. 53:1).

Die Mitarbeiterin eines Pflegestützpunktes empfindet die Darstellung als „nicht barrierefrei“ (I. 10:3; PSP).

Auch im Hinblick auf den Einsatz von Symbolen sind die Befragten geteilter Meinung. Ein Teil der Befragten charakterisiert die verwendeten Symbole als passend zu den Themen und schreiben den Symbolen Vorteile zu, wie einen besseren Überblick über



die Seite zu ermöglichen oder einzelne Punkte hervorzuheben (I. 61:3; I. 24:3). Ein anderer Teil der Befragten schreibt den verwendeten Symbolen hingegen Merkmale zu wie z.B. „nicht selbsterklärend“ (I. 59:2), „passt nicht so wirklich“ (I. 62:3; PSP), „zu kindgerecht, zu verspielt, es verliert Seriosität“ (I. 57:4) oder „verwirrend“ (I. 4:2). Der leere Kopf als Symbol für Demenzkranke wird von einer Mitarbeiterin eines Pflegestützpunktes und einer befragten Person kritisch hinterfragt (I. 61:4, PSP; I. 26:5).

Vereinzelt äußern sich die Befragten zu der verwendeten Schriftfarbe negativ. Aus ihrer Sicht irritieren die unterschiedlichen Farben für die Noten (I. 29:5, PSP; I. 9:3). Vereinzelt wird außerdem auch der Wunsch nach einer schwarzen Schriftfarbe geäußert (I. 47:3).

In Bezug auf den Umfang des Berichts scheinen die Befragten diesen als grenzwertig einzuschätzen. Einige Befragte sind mit dem Umfang zufrieden, da eine Reduzierung des Umfangs zu Lasten der Information gehe (I. 61:4, PSP) oder geben an, dass eine Erweiterung den Bericht weniger übersichtlich erscheinen lassen könnte (I. 37:2). Andere schätzen den Bericht in der vorliegenden Form allerdings bereits als zu umfangreich ein (I. 9:2; I. 44:2).

Die Strukturierung und der Aufbau der Internetseite sowie des Berichts werden im Allgemeinen von den Befragten als verständlich und übersichtlich bezeichnet (I. 39:2; I. 58:2, PSP; I. 52:2; I. 24:2), aber auch in diesem Bereich geben vereinzelt Befragte an, dass die Gliederung verbessern werden könne (I. 12:2; I. 44:2).

### **7 Handling - Navigation**

In dieser Unterkategorie werden Aussagen zusammengefasst, die sich mit dem Handling und der Navigation auf der Internetseite „pfege.de“ beschäftigen.

Die Befragten kommen im Allgemeinen gut mit der Navigation auf der Seite zurecht, einige benötigen die Anleitung des Interviewers, um auf der Seite die gewünschten Informationen zu finden (I. 1:2; I. 23:4; I. 64:2, PSP). Als zentrale Problemstellen bei der Navigation und dem Handling erweisen sich die Entfernungsangabe, der Button zu einem Transparenzbericht sowie das häufige Fehlen eines Links zu den Pflegeeinrichtungen.

## Auswertung und Darstellung der Ergebnisse

Viele Befragte haben Schwierigkeiten in der Benutzung der Funktion `Entfernungsangabe` (I. 51:1; I. 28:1; I. 60:1; I. 30:3; I. 54:1). Unklar sind hierbei vor allem die Trefferzahl der Pflegeeinrichtungen sowie die Messung der Entfernung in km:

*„Kann ich mir nicht vorstellen mit 1,3 km Entfernung, sind ungefähr 6 [Anm.: Pflegeeinrichtungen], das müsste besser funktionieren, dass es auch mit der Postleitzahl übereinstimmt, die man eingegeben hat, die Entfernungen stimmen alle schon mal nicht.“ (I. 16:3)*

Einige Befragte finden die Transparenzberichte bzw. den Button über den die Berichte geöffnet werden können nicht ohne danach aktiv zu suchen oder darauf hingewiesen zu werden (I. 12:3). Einige Befragte äußern daher die Anregung, den Zugang zu den Berichten deutlicher hervorzuheben, in dem er z.B. „größer“ und „auffälliger“ präsentiert wird oder einen zusätzlichen Button einzurichten (I. 45:2; I. 61:1 PSP; I. 29:2f., PSP; I. 55:2; I. 44:1; I. 42:2; I. 63:2; I. 13:2).

Einige Befragte vermissen einen direkten Zugang zu den Homepages der Pflegeeinrichtungen über „pfelegelotse.de“, insbesondere in der „Detailansicht“ (I. 57:3; I. 13:2; I. 6:3; I. 16:2; I. 29:2, PSP; I. 44:2). Die Einrichtungen, die eine Homepage eingerichtet haben, sind allerdings i.d.R. über den Pfelegelotsen verlinkt.

Mehrfach wird der Wunsch geäußert, ein Bild der Einrichtung sehen zu können:

*„Ein Bild von dem Heim fehlt mir. Wo es liegt, ob es gut angelegt ist. Das ist für Leute interessant.“ (I. 56:2)*

Oder auch eine Vorstellung der Einrichtung, sowie ihrer Philosophie (I. 2:3; I. 63:1).

Im Hinblick darauf, dass viele befragte Senioren und Angehörige den Wunsch äußern, sich vor Ort ein eigenes Bild machen zu wollen (vgl. 1.4; Wohnlichkeit und Ausstattung), erscheint diese Anregung verständlich.

Für den Fall, dass ein direkter Verweis zu der Pflegeeinrichtung vorhanden ist, wird eine Übersicht über die Stammdaten der Einrichtung, wie z.B. die Anzahl der Bewohner sowie Ansprechpartner und Kontaktdaten der Einrichtung erwartet (I. 61:3, PSP).

*„Die Kontaktdaten reichen nicht aus. (...) Ich möchte eine richtige Übersicht haben.“ (I. 23:2)*

Im Hinblick auf die Menüleiste wird von einzelnen Befragten geäußert, sich schwer entscheiden zu können, was für die eigene Auswahl relevant ist, z.B. `stationär` oder `vollstationär` oder Einrichtungen mit oder ohne Transparenzbericht (I. 55:3, PSP; I. 29:2, PSP).

### **Kurzzusammenfassung der Kategorie `Verständlichkeit`**

Die vorliegende Form des Transparenzberichtes wird von den Befragten positiv beurteilt, wobei auch auf Verbesserungspotentiale hingewiesen wird. Ein durchgängig genannter Kritikpunkt bezieht sich auf die aus Sicht der Befragten zu klein gewählte Schrift. Die meisten Befragten scheinen Übersichtlichkeit und Zweckmäßigkeit gegenüber einer grafisch aufwändigen Darstellung zu bevorzugen. Die farbliche Gestaltung sowie die Schriftfarbe geben in den seltensten Fällen Grund zu einer Kritik. Die Mehrheit der Befragten schätzt die Symbole der Qualitätsbereiche auf dem Deckblatt als passend und verständlich ein, allerdings stellen hier auch einige Befragte den Nutzen der Symbole in Frage, da sich insgesamt eher an den Bereichsüberschriften orientiert wird. Der Aufbau und der Umfang werden weitgehend positiv eingeschätzt. Die Einteilung in Qualitätsbereiche ist für die Mehrzahl der Befragten nach eigener Auskunft verständlich und nachvollziehbar. Gerade mit Blick auf die dargestellte Problematik bzgl. Fachbegriffen, Oberbegriffen und Abkürzungen wäre aber eine kurze Erläuterung, welche Aspekte sich hinter einem Qualitätsbereich verbergen, hilfreich. Für Verwirrung sorgt bei einigen Befragten die farbliche Unterscheidung guter und schlechter Noten, die als solche fast nie wahrgenommen wird. Sowohl die Institution „MDK“ als auch der Prozess des Beurteilungsverfahrens werfen bei den Befragten Fragen auf. Häufig wurde die aus Sicht der Befragten zu geringe Anzahl der Befragten kritisiert, die da zu führe, dass diese Ergebnisse nicht repräsentativ seien. Vereinzelt irritiert auch die Tatsache, dass entgegen dem üblichen Schema, die Gesamtnoten kleiner dargestellt sind, als die Teilnoten. Neben zumeist positiv beurteilten Aspekten der optischen Gestaltung wurden auch Aussagen zu inhaltlichen Aspekten der Berichte getroffen. Hierbei ist festzustellen, dass es bei einigen Befragten zu inhaltlichen Unklarheiten und Missverständnissen kam, die auf die Verständlichkeit der Berichte einen negativen Einfluss nehmen können. Hauptpunkte sind hierbei:

- die Anzahl der befragten Kunden der Pflegeeinrichtungen

- die Nachvollziehbarkeit des Beurteilungsverfahrens
- das Benotungssystem, das z.T. nicht verstanden oder hinterfragt wird

#### **4.2.3 Kategorie „Vergleichbarkeit“**

In der Oberkategorie `Vergleichbarkeit` werden Aussagen der Befragten aufgenommen, die die sich auf die Frage beziehen, ob die dargestellten Informationen aus Sicht der Befragten einen Vergleich von Angeboten ermöglichen, wie es vom Gesetzgeber vorgesehen ist.

Als auf diese Oberkategorie bezogene Unterkategorien können aus dem Interviewmaterial nach dem Verfahren der induktiven Kategorienbildung nach Mayring (2003) folgende Unterkategorien gebildet werden, die im Folgenden nacheinander präsentiert werden sollen:

- 1 RELEVANZ DES LANDESDURCHSCHNITTS**
- 2 VERSCHIEDENE PRÜFER**
- 3 GLAUBWÜRDIGKEIT DER INFORMATION**
- 4 STELLUNGNAHME DER PFLEGEEINRICHTUNG**
- 5 BEDEUTUNG DER KUNDENBEFRAGUNG**

##### **1 Relevanz des Landesdurchschnitts**

In dieser Unterkategorie werden Aussagen der Befragten ausgenommen, die sich auf die Relevanz der Kenntnis des Landesdurchschnitts im Hinblick auf die Vergleichbarkeit von Angeboten der Befragten beziehen.

Die meisten Befragten sehen keine Relevanz des Landesdurchschnitts im Hinblick auf die Vergleichbarkeit von Angeboten, da viele der Befragten Wert darauf legen, in der Nähe ihres Wohnorts zu bleiben (vgl. `Erreichbarkeit und Nähe zum Wohnort`):

*„Völlig uninteressant. Ist nur Statistik, bringt keinem was. Mich interessieren einzelne Einrichtungen.“ (I. 1:4)*

Deutlich weniger Befragte äußern eine positive Relevanz für die Vergleichbarkeit durch die Kenntnis des Landesdurchschnittes:

*„Man braucht einen Anhaltspunkt in der Masse, um zu sehen, ob die Einrichtung im Durchschnitt ist.“ (I. 59:2)*

## **2 Verschiedene Prüfer**

In dieser Unterkategorie werden Aussagen der Befragten zusammengestellt, die sich auf die Relevanz des Einbezugs eines zusätzlichen externen Prüfers für die Vergleichbarkeit der Angebote aus Sicht der Befragten ergibt.

Die Mehrzahl der Befragten äußert sich eher negativ im Hinblick auf eine Ausweitung des Prüfverfahrens durch eine zweite prüfende Instanz. Häufig wird bei den Aussagen die Problematik deutlich, dass diese Maßnahme eher zu einer Verwirrung bei den Befragten führen könnte, da jetzt zusätzlich nachvollzogen werden müsste, wer hinter der zweiten Instanz steckt:

*„Die Frage ist, wer prüfen sollte. Das muss ein Gleichberechtigter sein. Ich denke, der MDK ist eine Institution, die bekannt und ausreichend ist.“ (I. 59:3) „Bei einem ganz unabhängigen weiß man nicht, wer dahinter steckt.“ (I. 20:6)*

Dieser und weiteren Aussagen zufolge wird dem MDK eine große Sachkenntnis und Kompetenz in Bezug auf das Prüfverfahren zugeschrieben, so dass die Frage aufkommt, ob es einen positiven Effekt auf die Vergleichbarkeit hätte, einen zusätzlichen Prüfer einzubeziehen, da den Befragten kein Kriterium zur Verfügung steht, nach dem sie die ggf. unterschiedlichen Beurteilungen vergleichen könnten.

Einige Befragte weisen darauf hin, dass sie es an Stelle einer weiteren Prüfung vorziehen würden, wenn der MDK häufiger prüft:

*„Mir persönlich wäre es lieber, wenn der MDK das häufig und präzise durchführt, da brauche ich keinen zusätzlichen Dienst.“ (I. 31:5)*

Die Aussagen, die auf eine Befürwortung eines weiteren Prüfers hinweisen, beziehen sich eher generell auf den Nutzen mehrerer Beurteilungen ohne dies konkret auf das Thema der Pflegeeinrichtungen zu beziehen:

## Auswertung und Darstellung der Ergebnisse

*„Das fände ich sehr gut um zwei Meinungen zu haben.“ (I. 50:3)*

In Bezug auf wichtige Merkmale einer zweiten prüfenden Instanz weisen die Befragten besonders auf die Bedeutung der Unabhängigkeit einer Instanz hin:

*„Der weitere Prüfdienst müsste sich natürlich als neutral erweisen. Dann könnte man wirklich vergleichen. Das würde ich sehr begrüßen.“ (I. 60:3)*

Weiterhin legen die Befragten Wert auf eine Vergleichbarkeit der Prüfverfahren:

*„Die Voraussetzung ist, dass beide Organisationen dieselben Maßstäbe haben und die Mitarbeiter beider geschult sind, die gleichen Dinge zu bewerten. Es müsste ein übergeordnetes Organ geben, die beide Organisationen überprüft.“ (I. 39:3)*

Sowie auf die Sachkenntnis der prüfenden Instanz:

*„Es kommt darauf an, was der Zweite für eine Institution ist. Der MDK ist medizinischer Dienst, der weiß, was er tut. Wenn die zweite Unabhängige irgendein Wirtschaftsbetrieb ist, der sich in der Materie nicht auskennt, dann gehe ich danach, was der MDK geschrieben hat.“ (I. 33:7)*

Ein Problem, mit dem die Befragten nicht genau wissen, wie damit umzugehen ist, sind die Ergebnisse eines weiteren Prüfverfahrens:

*„Ich denke, das wird zur Verwirrung beitragen. Das macht es nicht eindeutiger und auch nicht unabhängiger.“ (I. 10:4)*

### **3 Glaubwürdigkeit der Informationen**

In dieser Unterkategorie werden Aussagen von Befragten zusammengestellt, die sich darauf beziehen, für wie glaubwürdig die angebotenen Informationen angesehen werden.

Die Aussagen der Befragten beziehen sich in erster Linie auf die Frage der Glaubwürdigkeit der Beurteilungen und der Glaubwürdigkeit des MDK als Prüfinstanz.

## Auswertung und Darstellung der Ergebnisse

Vermutlich auch im Hinblick auf die bereits beschriebene Spanne der Bewertungen und der Diskrepanz von Gesamtnote und Teilnoten bringen viele Befragten mit ihren Aussagen eine gewisse Skepsis gegenüber den Beurteilungen zum Ausdruck:

*„Die Benotung macht mich sehr skeptisch. Warum sind da so gute Noten? Das ist ein krasser Widerspruch zu dem, was in den Medien kommt. Da will ich mehr wissen – ist das wirklich so gut?“ (I. 12:3)*

Eine weitere zentrale Frage betrifft die Objektivität von Beurteilungen im Allgemeinen:

*„Eine Prüfung ist nie objektiv, sondern immer subjektiv. Jeder Mensch hat einen anderen Maßstab.“ (I. 44:2)*

Einige der Befragten weisen auf die aus ihrer Sicht hohe Bedeutung des Anlasses einer Prüfung hin:

*„Das ist wichtig, dass es unangemeldet geprüft wird, um sich nicht vorbereiten zu können.“ (I. 3:3)*

Die Glaubwürdigkeit des MDKs als Prüfer scheint den Aussagen der überwiegenden Zahl der Befragten zufolge unbestritten:

*„Der MDK ist für mich eine glaubhafte Institution.“ (I. 62:4; auch z.B. I. 15:4; I. 20:6)*

### **4 Stellungnahme der Pflegeeinrichtung**

In dieser Unterkategorie werden Aussagen zusammengefasst, die sich auf die Einschätzung der Relevanz der Stellungnahme der einzelnen Pflegeeinrichtung im Hinblick auf die Vergleichbarkeit von Pflegeeinrichtungen aus Sicht der Befragten beziehen.

Ein Großteil der Befragten befürwortet die Stellungnahme der Pflegeeinrichtungen zu ihrer Darstellung in den Transparenzberichten und insbesondere der Noten:

*„Es ist schon richtig, dass man beide Seiten, die der Einrichtung und die der Kommission, kennt.“ (I. 23:3)*

## Auswertung und Darstellung der Ergebnisse

Besonders im Falle von schlechten Beurteilungen sollte den Pflegeeinrichtungen aus Sicht der Befragten die Möglichkeit gegeben werden, sich zu dieser Sachlage zu äußern:

*„Finde ich gut, dass die Pflegeeinrichtungen noch einmal darauf eingehen können. Gerade bei schlechten Noten ist es schön, wenn die Einrichtung noch mal Stellung beziehen kann.“ (I. 61:4, PSP)*

Neben der Möglichkeit, als Pflegeeinrichtung Stellung beziehen zu können, interessieren sich die Befragten in erster Linie für die Reaktionen sowie die möglicherweise eingeleiteten Maßnahmen der Einrichtungen:

*„Ich denke, das ist sehr wichtig, da sie ja auch schreiben, wie sie mit den Mängeln umgehen bzw. den Betroffenen ein Signal geben, wie sie damit umgegangen sind.“ (I. 59:2, PSP)*

Wichtig wäre aber aus Sicht eines Befragten in jedem Fall eine Nachprüfung, so wie es z.B. beim TÜV auch der Fall sei (I. 28:5).

Allerdings weisen die Befragten darauf hin, dass die Angaben der Pflegeeinrichtungen im Hinblick auf ihre Glaubwürdigkeit kritisch zu hinterfragen sind:

*„Auch die Möglichkeit, sich zu erklären bei einer schlechten Benotung halte ich für sehr wichtig. Es kommt auf die Erklärung an, ob es glaubhaft wirkt oder nicht.“ (I. 12:4)*

Einige Befragte stehen der Stellungnahme der Pflegeeinrichtungen allerdings eher ablehnend gegenüber:

*„Für mich macht es keinen Sinn, wenn die Einrichtungen die Bewertung kommentieren können. Das ist nur eine Möglichkeit, unnötig Werbung zu machen. Als Klarstellung ist es gut. Es reichen mit aber die unabhängigen Bewertungen.“ (I. 41:3)*

### **5 Bedeutung der Kundenbefragung**

In dieser Unterkategorie werden Aussagen zusammengefasst, die auf die Bedeutung der Kundebefragung hinweisen, die dieser aus Sicht der Befragten zugeschrieben wird.



## Auswertung und Darstellung der Ergebnisse

Der Großteil der Befragten steht der Befragung der Kunden sehr kritisch gegenüber, da die Aussagen der Kunden von Faktoren abhängig sei, die diese beeinflussen könnten:

*„Die Fragen an die Kunden würden mich nicht so interessieren, da man das ja auch manipulieren kann.“ (I. 45:3)*

Eine häufig angesprochene Problematik im Hinblick auf die Befragung der Kunden wird in deren Abhängigkeitsposition vermutet:

*„Solche Leute sind in der Abhängigkeitsposition, ob die das objektiv beurteilen weiß ich nicht, wenn die zu betreuende Person dabei ist bei der Befragung, dann sagen die nichts Negatives.“ (I. 64:3, PSP)*

Besonders im Hinblick darauf, dass die Fremdeinschätzung und die Kundenbefragung sehr stark differieren (I. 20:5), wird eine Abhängigkeit der Kundenbefragung unterstellt:

*„Die müssen ja schon mal behandelt worden sein, dann müssen die ja sehr anspruchslos gewesen sein, die Kunden.“ (I. 36:4)*

Aber auch in diesem Bereich deuten die Aussagen der Befragten erneut darauf hin, dass das Beurteilungsverfahren für diese nicht vollständig verständlich ist:

*„Das ist jetzt die Frage, die ich mir stellen würde, waren die dabei, als das gemacht worden ist, oder sind die Patienten einfach befragt worden, oder war die Kommission dabei? Wird nicht ganz klar, wie bewertet worden ist.“ (I. 14:3)*

Einzelne Befragte sehen aber auch Vorteile für ihre eigene Entscheidung im Hinblick auf die Kundenbefragung:

*„Wichtig ist ja, dass man die Bewohner befragt, Ärzte und Personal können ja viel erzählen.“ (I. 47:2)*

Darüber hinaus äußern einige Befragte den Wunsch, die Meinung der Angehörigen zu kennen:

*„Sie sollten auch die Angehörigen fragen, weil die Bewohner sich vielleicht nicht trauen.“ (I. 4:3)*

### **Kurzzusammenfassung der Oberkategorie `Vergleichbarkeit`**

Die Notwendigkeit einer zusätzlichen Prüfung der Pflegeeinrichtungen wird von der Mehrheit der Befragten nicht angeführt, da das Vertrauen in die Unabhängigkeit und Güte der MDK-Prüfung gegeben zu sein scheint. Ergänzend hierzu sollte aber der MDK als Institution mit seinen Aufgaben sowie der Ablauf einer Prüfung aus Sicht der Befragten erläutert werden. In Bezug auf die Glaubwürdigkeit der präsentierten Informationen weisen die Befragten häufig auf die Bedeutung der Unabhängigkeit einer prüfenden Instanz hin, die ggf. aber auch in der Lage sein sollte, Veränderungen bei den Pflegeeinrichtungen anregen zu können. Die Darstellung des Landesdurchschnitts spielt für die Befragten eine untergeordnete Rolle, da vor allem die räumliche Nähe zum bisherigen Wohnort relevant zu sein scheint. Den Pflegeeinrichtungen sollte aus Sicht der Befragten grundsätzlich die Möglichkeit gegeben werden, sich zu ihrer Beurteilung äußern zu können, auch wenn diese Information für die meisten Befragten den Beurteilungen unabhängiger Prüfer untergeordnet zu sein scheint. Die Kundenbefragung wird sehr skeptisch betrachtet. Zum einen ist nicht ganz klar, wie die Kundenbefragung vor Ort von statten geht, zum anderen könne die Abhängigkeitsposition der Kunden deren Aussagen beeinflussen, was als ein Grund für das Zustandekommen der Diskrepanz zwischen Gesamtnote und Teilnote angeführt wird.

#### **4.2.4 Kategorie „Serviceleistungen und Pflegeangebote“**

In der Oberkategorie werden Aussagen der Befragten gebündelt, die die Bedeutung von `Serviceleistungen und Pflegeangeboten` für deren Inanspruchnahme von Pflegeeinrichtungen thematisieren.

Als auf diese Oberkategorie bezogene Unterkategorien können aus dem Interviewmaterial nach dem Verfahren der induktiven Kategorienbildung nach Mayring (2003) folgende Unterkategorien gebildet werden, die im Folgenden nacheinander präsentiert werden sollen:

- 1 KOSTEN
- 2 ALLTAGS- UND FREIZEITGESTALTUNG
- 3 VERSORGUNGSFORMEN
- 4 AUSSTATTUNG UND WOHNLICHKEIT
- 5 ERREICHBARKEIT UND NÄHE ZUM WOHNORT
- 6 PERSÖNLICHE ZUWENDUNG UND KOMMUNIKATION
- 7 PERSONALSCHLÜSSEL UND QUALIFIKATION

### **1 Kosten**

In dieser Unterkategorie werden Aussagen der Befragten zusammengestellt, die sich auf die Relevanz der angegebenen Kosten von Pflegeleistungen für die Inanspruchnahme einer Pflegeeinrichtung beziehen.

Die Aussagen der Befragten beziehen sich in dieser Unterkategorie auf verschiedene Aspekte, die in Bezug auf die Angabe der Kosten der Pflegeeinrichtungen für sie eine Rolle zu spielen scheinen. Im Allgemeinen ist der Preis ein wichtiges Auswahlkriterium für die Nutzung eines Pflegeangebotes:

*„Der Preis ist wichtig, man kann nicht überall hin.“ (I. 31:1)*

Die Angabe von Preisen wird dann sehr befürwortet, wenn die Preise Hinweise auf häufig gestellte Fragen, wie der nach dem zu leistenden Eigenanteil oder dem Bezug zu den Pflegestufen geben:

*„Da hat man dann endlich mal die Preise, ist bezahlbar mit Pflegestufe, der Eigenanteil wird ausgeworfen, das finde ich sehr gut.“ (I. 8:2)*

Da bei einigen Pflegeeinrichtungen allerdings keine oder nicht alle Preisangaben angeführt werden, die aus Sicht der Befragten für eine Auswahl wichtig wären, wird dieser Punkt häufig kritisiert:

*„Was mich gestört hat, dass bei einigen Einrichtungen die Preise nicht dastehen. Das ist aber wesentlich beim informieren, man muss es bezahlen können. (...) Da wünsche ich mir mehr*

## Auswertung und Darstellung der Ergebnisse

*Transparenz und Durchgängigkeit. Wo sind die Pflegesätze, warum stehen die da nicht?“ (I. 20:1f.)*

Einige Befragte äußern Verbesserungsvorschläge für die Darstellung der Preise. Da bei der Auswahl in erster Linie der zu leistende Eigenanteil für die Auswahl relevant ist, beziehen sich einige Vorschläge auf diesen Eigenanteil:

*„Vielleicht wäre es günstiger, einfach den Eigenanteil zu nennen.“ (I. 59:1, PSP)*

Die Befragten wünschen sich häufig neben der Angabe der Preise auch einen Einblick in das Verhältnis von Preisen und der dafür angebotenen Leistung:

*„Das Preis-Leistungsverhältnis sollte deutlich dargestellt werden.“ (I. 54:3)*

Auch die Möglichkeit, neben den angeführten Preisen Durchschnittspreise als Vergleichspunkte anzuführen, wird vereinzelt vorgeschlagen (I. 54:2). Die Einrichtung eines Preisrechners würde von einigen Befragten sehr befürwortet:

*„Beruflich würde ich den pflegelotsen nicht nutzen, eher den von der AOK, da man sich das ausrechnen kann.“ (I. 55:2, PSP)*

## **2 Alltags- und Freizeitgestaltung**

In dieser Unterkategorie werden Aussagen von Befragten zusammengestellt, die sich auf die Relevanz der Alltags- und Freizeitgestaltung für die Inanspruchnahme einer Pflegeeinrichtung beziehen.

Die Befragten legen Wert darauf, etwas über Alltags- und Freizeitangebote der Einrichtungen zu erfahren:

*„Mich würde interessieren, wie der Tagesablauf ist. Wie sieht der Tag zwischen Frühstück und Mittag aus.“ (I. 39:2)*

Die Befragten äußern häufig, dass sie sich ausführlichere Informationen zu diesem Bereich wünschen würden:

## Auswertung und Darstellung der Ergebnisse

*„Mir fehlen Informationen zu Freizeitangeboten.“ (I. 44:1)*

Eine befragte Person hebt hervor, dass die dargestellten Informationen ein Gesamtbild der Einrichtung präsentieren sollten:

*„Ich hätte erwartet, ich kann etwas über die Einrichtung lesen, wie die geführt wird, welche Sachen mit den Patienten gemacht werden, das sind Infos, die man bräuchte, die man wissen möchte. Wie ist die Betreuung, wie ist es mit dem Besuchen, nicht nur die Preise, muss ein Gesamtbild sein.“ (I. 6:2)*

Informationen, über die die Befragten mehr wissen möchten sind z.B. das Tagesprogramm (I. 55:3, PSP), spezielle Angebote (I. 55:3, PSP), Tiere (I. 55:3, PSP). In Bezug auf spezielle Angebote werden z.B. genannt Gedächtnistraining (I. 19:5), Spieleabend (I. 19:5), tanzen (I. 19:5), Ausflüge (I. 28:3), Garten (I. 28:3), Kontakt unter den Bewohnern, wie z.B. offene Essensbereiche (I. 30:1), Bastelarbeit (I. 30:1), Bücher (I. 30:1), Kino (I. 30:4).

Neben strukturellen Informationen stellt sich ganz allgemein formuliert demnach die Frage nach der „sozialen Betreuung“ (I. 27:4) sowie der „Umfeldbetrachtung – nicht medizinisch“ (I. 28:3). Ein Pflegeangebot beinhaltet nicht automatisch auch eine Freizeitgestaltung. Es gehe auch um das Wohlbefinden der Bewohner (I. 28:3). Eine befragte Person sieht ebenfalls eine Überbetonung von Informationen, die sich auf körperliche Aspekte beziehen:

*„Über das Angebot zur geistigen Förderung ist wenig, eher zu körperlichen Angeboten.“ (I. 8:1)*

### **3 Versorgungsformen**

In dieser Unterkategorie werden Angaben zusammengefasst, die sich auf Informationen bzgl. angebotener Versorgungsformen und deren Bedeutung für die Inanspruchnahme einer Pflegeeinrichtung beziehen.

Viele der Befragten befürworten eine Angabe der Spezialisierung der Pflegeeinrichtung, falls vorhanden:

## Auswertung und Darstellung der Ergebnisse

*„Wichtig ist, dass man nach verschiedenen Spezialisierungen suchen kann: z.B. Demenz, Dialyse etc.“ (I. 9:2)*

Auch das Angebot an pflegerischen Angeboten ist für die Befragten wichtig:

*„Was die Pflege beinhaltet. Wie viel Zeit die beansprucht. Das geht da eigentlich nicht draus hervor. Wie oft man pro Tag betreut wird.“ (I. 25:1)*

Auch die für die Pflege zur Verfügung stehende Zeit ist für die Befragten ein wichtiger Punkt:

*„Ob die sich ausreichend Zeit nehmen, hört man oft, dass die unterbesetzt sind.“ (I. 46:3)*

Einige Befragte sehen aber auch keinen Vorteil in der Spezialisierung einer Einrichtung (z.B. I. 22:2):

*„Ich verstehe nicht, warum nur der Umgang mit den Demenzkranken so hervorgehoben wird. Ich würde es schöner finden, wenn es allgemein um den Umgang mit Menschen geht.“ (I. 44:2)*

Auch die ärztliche Betreuung wird den Versorgungsformen von den Befragten als wichtig erachtet (I. 46:1).

### **4 Ausstattung und Wohnlichkeit**

In dieser Unterkategorie werden Aussagen gebündelt, die sich auf die Bedeutung der Ausstattung und der Wohnlichkeit für die Inanspruchnahme einer Pflegeeinrichtung beziehen.

Viele Befragte bringen den Wunsch zum Ausdruck, wissen zu wollen, wie es vor Ort räumlich aussieht:

*„Ich will nicht nur den Preis wissen, sondern auch wie es dort aussieht, das kommt eigentlich als Erstes.“ (I. 8:2)*

Häufig bezieht sich das Interesse auf die Kapazität an Plätzen der Einrichtung sowie auf die Zimmereinrichtung:

## Auswertung und Darstellung der Ergebnisse

*„Interessant wäre noch, wie viele Plätze da sind, wie die Zimmer sind, ob Einzel- oder Doppelzimmer.“ (I. 8:2)*

Für die Befragten ist z.B. das Mitbringen eigener Möbel oder Haustiere von großem Interesse (I. 47:1; I. 19:3; I. 50:3).

### **5 Erreichbarkeit und Nähe zum Wohnort**

In dieser Unterkategorie werden Aussagen zusammengefasst, die sich auf die Relevanz der Erreichbarkeit der Pflegeeinrichtung und die Bedeutung der Nähe zum letzten Wohnort für die Inanspruchnahme einer Pflegeeinrichtung beziehen.

Die Angabe eines Befragten steht stellvertretend für die Äußerungen vieler Befragten:

*„Im Wohnort will man verbunden bleiben.“ (I. 30:2)*

Auch die Angehörigen favorisieren eine Pflegeeinrichtung in der Nähe des letzten Wohnortes ihrer Angehörigen. Eine häufige Begründung hierfür ist die Anfahrtstrecke zu der Pflegeeinrichtung:

*„Die Kilometerangaben gefallen mir gut, da bestimmt auch die Fahrtkosten eine Rolle spielen würden.“ (I. 52:1)*

Die hinzugefügte Landkarte wird von den Befragten sehr positiv aufgenommen (I. 10:2, PSP). Für den Vergleich der Einrichtungen wird von den Befragten in erster Linie ein Umkreis von 10km berücksichtigt (I. 20:6, I. 35:2). Der Lage der Einrichtung wird auch im Hinblick auf die Mobilität der Bewohner eine wichtige Rolle zugeschrieben (I. 53:2)

### **6 Persönliche Zuwendung und Kommunikation**

In dieser Unterkategorie werden Aussagen zusammengefasst, die sich auf die Relevanz der persönlichen Zuwendung und der Kommunikation im Hinblick auf die Inanspruchnahme einer Pflegeeinrichtung beziehen.

*„Der Umgang mit den Patienten ist sehr wichtig, gerade mit demenzkranken Patienten.“ (I. 13:2)*

Ein Problem, das von den Befragten thematisiert wird und auch mit der bereits vorgestellten Unterkategorie `Vor Ort ein eigenes Bild machen` zusammen zu hängen scheint, ist das die zwischenmenschliche Beziehung, z.B. in Form persönlicher Zuwendung und Kommunikation durch den Bericht und die erfassten Kategorien nicht 1:1 abgebildet werden kann:

*„Was wir aber bemängeln ist vor allem die Kommunikation. Wo würde ich die jetzt finden? Wo gehört die mit rein? `Pflegerische Leistung` - bedeutet das, dass der sich Zeit genommen hat?“ (I. 29:4, PSP)*

Auch weitere Befragte äußern sich ergänzend hierzu:

*„Irgendwie fehlt die psycho-soziale Schiene, würde mir noch fehlen.“ (I. 64:3)*

Das Wort „irgendwie“ dieses Zitats deutet bereits darauf hin, dass die zwischenmenschliche Beziehung zwar auf irgendeine Weise Eingang in den Bericht finden sollte, aber es scheint schwierig zu beschreiben, was diese Beziehung ausmacht. Auch die Frage, mit welchen Kategorien eine solche Beziehung in einem Transparenzbericht abgebildet werden kann, scheint schwierig zu beantworten. Oberbegriffe, die in diesem Zusammenhang von den Befragten geäußert werden sind z.B. „Freundlichkeit“ (I. 63:1) und „Zuverlässigkeit“ (I. 62:2, PSP).

### **7 Personalschlüssel und Qualifikation**

In dieser Unterkategorie werden Aussagen der Befragten zusammengefasst, die sich auf die Bedeutung des Personalschlüssels und der Qualifikation des Personals für die Inanspruchnahme einer Pflegeeinrichtung beziehen.

*„Es fehlen aber ausführliche Informationen zum Personal.“ (I. 15:5)*

Viele der Befragten bringen zum Ausdruck, dass sie sich ausführlichere Informationen bzgl. des betreuenden Pflegepersonals wünschen. Zentrale Punkte scheinen hierbei der Personalschlüssel bzw. das Betreuungsverhältnis von Personal und zu Pflegenden zu sein sowie die Qualifikation und die Fortbildung des Personals (I. 11:3; I. 15:2; I. 56:2; I. 62:2, PSP, I. 41:2).



## Auswertung und Darstellung der Ergebnisse

*„Auch der Hinweis, wie qualifiziert das Personal ist. (...) Das wäre etwas, was dagegen spricht, so einen Dienst in Anspruch zu nehmen.“ (I. 52:2)*

Einige Befragte bringen auch ihr Interesse an möglichen Spezialisierungen der Pflegekräfte zum Ausdruck:

*„Mir fehlt die Spezialisierung der Mitarbeiter.“ (I. 39:1)*

### **Kurzzusammenfassung der Oberkategorie `Serviceleitungen und Pflegeangebote`**

Die Angabe der zu leistenden Kosten spielt für die Befragten verständlicherweise eine zentrale Rolle in der Entscheidung für oder gegen die Inanspruchnahme eines Pflegeangebotes. Es können aus Sicht der Befragten nur Angebote in die engere Wahl kommen, die auch von ihnen finanziert werden können. Häufig wird der Wunsch geäußert, neben der Angabe von Kosten ausführlichere Informationen bzgl. der Leistung zu erhalten, die für diese Preise angeboten wird. Auch die Schwerpunkte einer Einrichtung spielen in der Wahl der meisten Befragten eine wichtige Rolle. Sehr wichtig sind den Befragten auch die Wohnlichkeit und die Ausstattung der Einrichtung, wie z.B. die Möglichkeit des Mitbringens eigener Möbel oder Haustiere. Die Suche nach geeigneten Pflegeeinrichtungen bezieht sich in erster Linie auf den Umkreis des derzeitigen Wohnortes innerhalb eines Umkreises von ca. 10 km. Der persönlichen Zuwendung wird zwar eine hohe Bedeutung zugemessen, allerdings bleibt die Frage offen, welche Merkmale der Zuwendung oder wie die Zuwendung überhaupt innerhalb des Transparenzberichtes abgebildet werden kann. In diesem Zusammenhang wird auch die Bedeutung des Personalschlüssels und der Qualifikation des Pflegepersonals betont.

### **4.3 Auswertung Protokolle Workshopergebnisse „Expertenworkshop am 22. Februar 2010“ und MDS-SEG 2 Abschlussbericht (2010)**

Die Analysen der Protokolle und der eigenen Mitschriften des Expertenworkshops am 22. Februar 2010 und des MDS-SEG 2 Abschlussberichts basieren im Wesentlichen auf der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2003) (s. Kapitel 3.2). Als Material lagen die vom GKV-SV zur Verfügung gestellten Protokolle und Materialien des Tages sowie eigene Mitschriften des von dem GKV-

SV veranstalteten Workshops am 22.02.2010 und der Abschlussbericht der MDS-SEG 2 Gruppe vor.

#### **4.3.1 Expertenworkshop am 22. Februar 2010**

In der Zusammenschau lässt sich formulieren, dass die Diskussionen der Expertenfachtagung und in den drei Workshops zahlreiche Überschneidungen zeigen. Insbesondere wurden methodische Kritikpunkte und weniger inhaltliche diskutiert. Die Diskussionspunkte lassen sich in folgende Kategorien einteilen:

- 1 Kritische Reflexion des Instrumentes (mit den Unterkategorien „Stichprobenbildung“, „und „Gütekriterien des Instrumentes“, „Skalierung des Instrumentes“ und „Inhalte Transparenzkriterien“)**
- 2 Bedeutung und Funktion Transparenzkriterien/-bericht**
- 3 Notenbildung**
- 4 Alternative zu Noten**
- 5 Aussagekraft der Ergebnisse**
- 6 Relevanz Bewohner/Kundenbefragung**
- 7 Allgemeine Bewertung des Instrumentes**
- 8 Wissenschaftliche Evaluation**

#### **1 Kritische Reflexion des Instrumentes**

Die Kategorie 1 umfasst vor allem methodische Kritikpunkte, die sich auf die Gütekriterien des Instrumentes sowie die Angemessenheit der Stichprobenbildung für die Messung beziehen. Diese Kritikpunkte wurden in allen 3 Workshops diskutiert. Die Ergebnisse geben Hinweise darauf, dass die Frage der Zuverlässigkeit des Instrumentes eine hohe Bedeutung in der Diskussion einnimmt.

Hinterfragt wurden vor allem die „*Gütekriterien des Instrumentes*“, mit anderen Worten, die Reliabilität und Validität. Unter diese Kategorien fallen auch kritische

Fragen zur Ausfüllanleitung und zu unterschiedlichen Umsetzungen der Transparenzkriterien in einzelnen Bundesländern, die zu unterschiedlichen Ergebnissen führen. Es gibt demgemäß Hinweise darauf, dass unterschiedliche Prüfer zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen. Ein weiteres Beispiel ist, dass Erfahrungen in Einrichtungen daraufhin hinweisen, dass eine Fachkraft in Einrichtungen und MDK-Prüfer zu unterschiedlichen fachlichen Einschätzungen in Bezug auf die Kriterien kommen. Diese Differenz werde mit einer schlechten Note sanktioniert. Die Operationalisierung, Präzisierung, weitere Differenzierung und Synchronisierung der Kriterien und Ausfüllanleitungen wurden im Weiteren in den Workshops diskutiert.

Die Unterkategorie „*Skalierung des Instrumentes*“ fasst Aussagen zusammen, ob dichotome Antworten angemessen sind. Auch wurde die Forderung formuliert, dass bei mehreren Abstufungen, die einzelnen Stufen definiert werden müssen. Die Unterkategorie „*Inhalte der Transparenzkriterien*“ beinhaltet die Fragen, was die Transparenzkriterien abfragen und welche Qualität und Leistungen die Transparenzkriterien abbilden. Zum einen wird hinterfragt, ob die Kriterien zu konzeptlastig sind, d.h. das sie überwiegend das Vorhandensein von Konzepten überprüfen, aber nicht die Versorgungssituation, und zum anderen, dass zu viele Strukturkriterien abgefragt werden und weniger Prozess- und Ergebnisqualität.

Die Unterkategorie „*Stichprobenbildung*“ integriert Aussagen zur Frage, welches Stichprobenverfahren eine angemessene Darstellung der Qualität ermöglicht. Dabei geht es um die derzeitige Zufallsauswahl, die verhindert, dass bestimmte Kriterien erfasst werden können. Relativ häufig werden auch Noten aus Kriterien gebildet, die auf einer Stichprobengröße  $n=1$  beruhen. Unterschiedliche Lösungen wurden in den Workshops angedacht, um das Problem zu lösen. Dazu zählen Vollerhebungen, Risikoadjustierungen, Risikoselektion und weitere zufallsgesteuerte Verfahren.

## **2 Bedeutung und Funktion Transparenzkriterien/-bericht**

Unter dieser Kategorie werden Aussagen zusammengefasst, die sich mit den Fragen beschäftigen, welches Ziel und welchen Zweck die Transparenzkriterien verfolgen. Dabei geht es vor allem darum, ob mit dem Instrument Defizite abgeprüft werden

analog der Qualitätsprüfung nach QPR<sup>10</sup> oder ob mit dem Instrument Leistungen der Einrichtungen und Dienste transparent gemacht werden sollen. Es wird in den Workshops festgehalten, dass die Ergebnisse der Transparenzprüfung nicht ein Mittel darstellen, um über Schließungen von Einrichtungen zu bestimmen. Dafür sind andere Instrumente maßgeblich verantwortlich. In diese Kategorie ist auch die Frage integriert, ob die Transparenzkriterien ein Mittel zum Benchmarking und/oder Qualitätsverbesserungen sind. Gefordert wurde unter anderem, dass internes und externes Qualitätsmanagement zusammengeführt werden und Leistungserbringer ein eigenes System der Transparenzprüfung entwickeln und veröffentlichen sollten.

### 3 Notenbildung

Die Frage der Notenbildung scheint eine sehr wichtige zu sein, da sie in allen drei Workshops diskutiert wurde. Kernpunkte der Diskussion waren: Wahl der Risikokriterien, fehlende Risikokriterien wie bspw. Schmerz oder Lebensqualität, Risikokriterien zu stark somatisch orientiert, KO-Kriterien statt Risikokriterien, Gewichtung und Bedeutung vorhandener Kriterien (d.h. werden sie ausreichend bewertet in ihrer Bedeutung für Pflegequalität wie bspw. Hunger, Durst oder Schmerz), Streichung von Kriterien, wenn sie in den Einrichtungen nicht zu Unterschieden führen, Gewichtung von Kriterien, die von hoher Relevanz für Pflegequalität sind, Angemessenheit der Formulierung von Kriterien, Abwertung von Noten, wenn besonders wichtige Kriterien nicht erfüllt werden (d.h. Risikokriterien stärker gewichten), Ermöglichung eines kriterienorientierten Vergleiches sowie Spreizung der Notengebung. Des Weiteren wurde das Problem formuliert, wie Risikokriterien zu einer Abstufung der Benotung führen sollen und ab wann sie zu einer mangelhaften Benotung führen. Angeregt wurde, dass nur wichtige Kriterien berücksichtigt werden sollen, da ansonsten möglicherweise der Algorithmus zu schwierig wird. Änderungen an einem Kriterium hätten Auswirkungen auf das gesamte System. Es wird angenommen, dass unerwünschte neue Effekte auftreten, die das Problem verschärfen. Den Befürwortern der Risikokriterien wurde entgegen

---

<sup>10</sup> QPR (Qualitätsprüfungsrichtlinien) (2009): Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI vom 11. Juni 2009 in der Fassung vom 30. Juni 2009. // Anlage 1 zu den Qualitätsprüfungsrichtlinien: Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach §§ 112, 114 SGB XI in der ambulanten Pflege // Anlage 2 zu den Qualitätsprüfungsrichtlinien: Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach §§ 112, 114 SGB XI in der stationären Pflege // MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach den §§ 112, 114 SGB XI in der ambulanten Pflege // MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach den §§ 112, 114 SGB XI in der stationären Pflege

gehalten, dass wichtige Kriterien bereits dadurch berücksichtigt werden, da für diese mehrere Items im Instrument integriert sind.

Des Weiteren spielt in dieser Kategorie die Frage eine Rolle, ob eine Gesamtnote sinnvoll und angemessen ist, welche Aussage sie trifft und in welcher Weise sie für die Verbraucher sinnvoll ist. Es gab Teilnehmer, die eine Gesamtnote als irreführend und nicht hilfreich betrachteten, da Verbraucher andere Bedürfnisse haben. Es sei noch nicht geklärt, ob Bereichsnoten oder Gesamtnoten ausreichen, um eine verständliche Information für den Verbraucher abzubilden. Andere waren der Ansicht, dass eine Gesamtnote eine Vergleichbarkeit ermöglicht. Nicht zuletzt wurde hinterfragt, ob die Wahl von Risikokriterien oder KO-Kriterien erst dann sinnvoll ist, wenn mehr Erfahrungen mit dem System vorhanden sind oder wenn mehr Ergebnisse vorhanden sind, da mit einer größeren Stichprobe die Ergebnisse insgesamt belastbarer sind.

#### **4 Alternative zu Noten**

Im Zusammenhang mit der Frage der Notenbildung wurde auch diskutiert, ob es eine Alternative zu Noten gibt wie bspw. verbale Beschreibungen, in denen die positiven Aspekte, Qualitätsverbesserungen sowie schwere Mängel und einfache Mängel erläutert werden. Eine Alternative zu einer Notenbildung wurde unter anderem vor dem Hintergrund erörtert, dass bspw. mit der Note 1 suggeriert werde, dass eine Einrichtung mit dieser sehr guten Note auch sehr gut sei. Richtigerweise müsse es aber heißen, dass die Pflege in dieser Einrichtung nicht defizitär ist. Auch wurden andere Systeme wie bspw. die Vergabe von Sternen diskutiert, aber diese führen nach Ansicht einiger Teilnehmer zu ähnlichen Problemen.

#### **5 Aussagekraft der Ergebnisse**

Unterschiedliche Themen und Fragen werden unter diese Kategorie subsumiert. Den Ergebnissen der Workshops zur Folge sei fraglich und noch nicht geklärt, ob das Instrument geeignet ist, Qualitätsunterschiede festzustellen und darzustellen. Die Frage war, ob mit den Kriterien ausreichend Heime identifiziert werden, die in der Qualitätserbringung kritisch sind bzw. ob ausreichend kritische Fälle mit dem Instrument entdeckt werden, um die Leistungen darzustellen, Auch sei die Frage

noch nicht beantwortet, ob die Kriterien die Verbraucher hinreichend informieren. Ungewiss sei, ob Verbraucher über Defizite zu informieren seien.

## **6 Relevanz Bewohner-/Kundenbefragung**

Die Relevanz und Bedeutung der Bewohner-/Kundenbefragung wurde in den Workshops in Frage gestellt, da diese zumeist sehr gut ausfallen. Es gab Protagonisten, die die Bewohner-/Kundenbefragung als sehr relevant betrachteten, jedoch favorisierten, die Verfahren zu verbessern oder andere Instrumente hinzu zu ziehen. Ein Vorschlag ist bspw., die Ereignisorientierung als Grundlage zu nehmen. Die Bewohner-/Kundenbefragung sei allein schon aus Respekt von den Bewohnern/Kunden beizubehalten. Andere hingegen waren der Ansicht, dass diese Befragung nicht wichtig sei, da keine Varianz erkennbar sei und andere Faktoren in der Beurteilung von Bewohnern/Kunden eine Rolle spielen.

## **7 Allgemeine Bewertung des Instrumentes**

Diese Kategorie fasst Aussagen zusammen, die sich ganz allgemein zum Instrument äußern. Es gibt grundsätzlich positive Äußerungen, bspw. dass die Langzeitpflege mit diesem Instrument weiter sei als der Bereich der Krankenhäuser oder auch, dass die Transparenzkriterien insgesamt als erster Schritt positiv zu bewerten seien. Kritisch dazu wurde formuliert, dass die Transparenzkriterien den Betroffenen zu wenige Orientierungsmöglichkeiten geben und mehr Entscheidungskriterien in der Transparenzdarstellung notwendig seien.

## **8 Wissenschaftliche Evaluation**

Ein kritischer Aspekt ist die Frage des Zeitpunktes der Evaluation. Sie erschien einigen Teilnehmern zu früh, da noch nicht ausreichend Ergebnisse vorhanden seien. Andere hinterfragten, ob für eine wissenschaftliche Evaluation ein längerer Zeitraum anberaumt werden müsse. Des Weiteren wurde kritisch formuliert, dass kurzfristige Veränderungen zu anderen Ergebnissen führen und damit die Vergleichbarkeit der Ergebnisse nicht gegeben ist. Dagegen gab es auch Aussagen,

dass ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess erforderlich sei und aus diesem Grunde die Evaluation begleitend stattzufinden habe.

#### **4.3.2 MDS-SEG 2 Abschlussbericht (2010)**

Der Abschlussbericht des MDS-SEG 2 (Stand 16.02.2010) umfasst sowohl eine Stellungnahme zu einer ersten quantitativen Auswertung der bis dahin vorliegenden Rohdaten (928 stationäre und 231 ambulante Fälle aus dem Zeitraum August bis November 2009) als auch eine qualitative Auswertung von Transparenz- und Prüfberichten (vgl. MDS 2010). Er lässt sich in folgende Kategorien einordnen:

- 1 Kritische Reflexion des Instrumentes (mit den Unterkategorien „Alternative Stichprobenverfahren“ und „Gütekriterien des Instrumentes“)**
- 2 Differenzierung der Noten in Qualitätsbereichen**
- 3 Sinnvolle und angemessene Notenbildung**
- 4 Pflegesensitive Risikokriterien**
- 5 Bedeutung von Heimbewohner-/Kundenbefragung**
- 6 Bedeutung und Funktion Transparenzbericht**
- 7 Empfehlungen**

#### **1 Kritische Reflexion des Instrumentes (mit den Unterkategorien „Alternative Stichprobenverfahren“ und „Gütekriterien des Instrumentes“)**

Die Autoren des Evaluationsberichts problematisieren, dass nicht alle Transparenzkriterien abprüfbar sind. Dies habe unter anderem damit zu tun, dass aufgrund des Stichprobenverfahrens einige für bestimmte Kriterien in Frage kommende Bewohner/Kunden nicht in die Prüfung einbezogen werden können. Mit dieser Problematik wird unter anderem auch die bimodale Verteilung der Noten erklärt. Neben einigen bewohnerbezogenen Kriterien konnten auch einige

organisationsbezogene Kriterien nicht berücksichtigt werden bzw. sind in den Transparenzkriterien nicht enthalten.

Unter der Unterkategorie „*Gütekriterien des Instrumentes*“ wird das Ergebnis eingeordnet, dass Diskrepanzen sowohl in den Gesamtergebnissen wie auch in zentralen Qualitätsbereichen 1, 2 und 3 zu finden sind. Im Qualitätsbereich 1 wurden bspw. Hinweise darauf gefunden, dass in einem Fall Kriterien herangezogen wurden, die nicht Bestandteil der Transparenzkriterien sind. Ein weiteres Ergebnis ist, dass nach Ansicht der Autoren einige pflegebezogenen Kriterien häufig zu positiv bewertet wurden und auch bei Nichterfüllungen wurden teilweise noch gute Noten vergeben.

### **2 Differenzierung der Noten in Qualitätsbereichen**

Die Ergebnisse der Evaluation des MDS zu den Noten der Transparenzberichte weisen daraufhin, dass in den Qualitätsbereichen 4 und 5 kaum eine Differenzierung der vergebenen Noten zu finden ist. Diese Bereiche schneiden überwiegend sehr gut ab. Dies gilt für den stationären wie für den ambulanten Bereich. Hinter diesen Ergebnissen steht die Frage, aus welchen Gründen diese Qualitätsbereiche sehr gut abschneiden. Die Kategorie „Sinnvolle und angemessene Notenbildung“ weist daraufhin, dass der Qualitätsbereich 1 die größte Streuung aufweist.

### **3 Sinnvolle und angemessene Notenbildung**

Ein Anteil von 4,3 bis 9,1% der Einrichtungen, die in den Qualitätsbereichen 1 bis 3 mangelhaft waren, hat nur in 1,6% der Fälle mit einer mangelhaften Note abgeschlossen. Die Korrelation zeigt, dass zwischen dem Qualitätsbereich 1 und dem rechnerischen Gesamtergebnis der stärkste Zusammenhang besteht. Des Weiteren zeigt die Evaluation, dass aufgrund der Mischung von einrichtungsbezogenen Kriterien im Qualitätsbereich 2, einrichtungsbezogene Kriterien mit guten Noten die personenbezogenen Kriterien mit schlechten Noten ausgleichen können. Fraglich ist demgemäß, wie Kriterien gewichtet werden können, um eine angemessene Notenbildung zu erreichen.

Des Weiteren zeigt sich, dass die Noten ungleich verteilt sind. Die Autoren des Berichtes sprechen von einer bi-modal unsymmetrischen Verteilung. Es gibt Kriterien in den Qualitätsbereichen 1 bis 4 im stationären wie ambulanten Bereich, die einrichtungsunabhängig sehr gut und sehr schlecht abschneiden. Demgemäß stellt



sich die Frage, ob und wie angemessen und tauglich die Kriterien sind, um eine *differenzierte Abbildung von Qualität und Leistungen der Einrichtungen und Dienste* abzubilden.

Eine dritte Unterkategorie, die unter dieser Hauptkategorie unterzuordnen ist, ist die Frage nach einem *Cut-Off bei der Notenbildung*. Die Autoren des Abschlussberichtes schlussfolgern aus der Berechnungssystematik, da erst bei einem Skalenwert von < 4,5 ein mangelhaft vergeben wird und sehr gute Noten noch bis zu einem Skalenwert von 8,7 zu erreichen sind, dass die Notenzuordnung auf allen Ebenen zu positiv ist.

#### **4 Pflegesensitive Risikokriterien**

Die Formulierungen des Abschlussberichtes weisen daraufhin, dass im Verständnis der Autoren pflegesensitive Kriterien solche sind, deren Nicht-Erfüllung einen Einfluss auf die Gesundheit und/oder Lebensqualität der Betroffenen hat und die auf alle Bewohner/Kunden unabhängig von Erkrankungen zutreffen können. Im Rahmen der Evaluation der MDS – SEG 2 – Gruppe (MDS 2010) wurden entsprechende Risikokriterien ausgewählt und deren Nicht-Erfüllung auf Noten berechnet. Es wurden unter anderem auch Kriterien gewählt, in denen ein Teil der Einrichtungen nicht gut abgeschlossen und trotzdem gute Noten erhalten hat.

#### **5 Bedeutung von Heimbewohner-/Kundenbefragung**

Die Heimbewohner/Kundenbefragung schneidet mit überwiegend sehr guten Ergebnissen ab. Die Autoren des Berichts sehen darin ein methodisches Problem, da die fachlichen Prüfungen ein anderes Ergebnis zeigen.

#### **6 Bedeutung und Funktion Transparenzbericht**

Ein Ergebnis der Evaluation des MDS ist, dass in einigen Fällen eine Diskrepanz der Ergebnisse zwischen Prüfberichten und Transparenzberichten vorhanden ist. Eine Erklärung dafür ist, dass viele Kriterien aus der Qualitätsprüfung (bspw. organisationsbezogene Kriterien) nicht in die Transparenzprüfung einbezogen werden. Demgemäß ist fraglich, welche Bedeutung und Funktion der Transparenzbericht hat. Mit anderen Worten stellt der Transparenzbericht eine Teilmenge der Qualitätsprüfung dar und stellt ähnliche Fragen und gibt ähnliche Antworten.

## **7 Empfehlungen**

Im Abschlussbericht der MDS-SEG 2-Gruppe (MDS 2010) werden diverse Empfehlungen für eine Weiterentwicklung der Transparenzkriterien formuliert. Dazu gehören: Risikokriterien einführen, Risikokriterien gewichten, verändertes Stichprobenverfahren, Überarbeitung gewählter Kriterien, Überarbeitung Cut-Off bei Notenbildung, Modifizierung der Methoden der Heimbewohner-/Kundenbefragung und die Integration von Ergebnisindikatoren aus dem Projekt „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ (gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit und vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend). Der Vorschlag für die Gewichtung der Risikokriterien sieht wie folgt aus: wenn 2-5 Kriterien nicht erfüllt sind, so wird eine Note abgewertet, wenn sechs bis acht Kriterien nicht erfüllt sind, erfolgt eine Abwertung von zwei Noten und bei 9 nicht erfüllten Risikokriterien, ist die Einrichtung oder der Dienst durchgefallen (Bewertung „mangelhaft“). Die Kriterien T 15 und T 18 sollen nach diesen Vorstellungen bei Nicht-Erfüllung doppelt gewertet werden. Auch wird vorgeschlagen, bestimmte Kriterien herauszunehmen, da sie für den Verbraucher keine relevante Information darstellten. Ein weiterer Vorschlag ist, für den Bereich Demenz Lebensqualitätsfragen hinzuzunehmen und zusätzliche Ergebniskriterien zu integrieren.

## 5 Diskussion der Ergebnisse

Bei der nachfolgenden Diskussion der erzielten Ergebnisse orientieren wir uns an der im vorangehenden Kapitel 4 als sinnvoll erachteten Reihenfolge der Analyse der quantitativen und qualitativen Daten. Zunächst werden die Resultate der wissenschaftlich-methodischen Betrachtung des Instrumentes in Bezug auf die methodische Güte und Aussagekraft sowie methodische Aspekte der Berechnungssystematik und Stichprobenbildung diskutiert. Im Anschluss daran werden die Workshopergebnisse sowie die durchgeführten Interviews theoriegeleitet erörtert. Es sei nochmals an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass eine Diskussion der erzielten Ergebnisse nur vor dem Hintergrund der dieser Evaluation zugrundeliegenden Limitationen bzgl. der zur Verfügung stehenden Informationen und Daten stattfinden kann.

### 5.1 Aussagekraft und Güte des Instrumentes

Im Vordergrund der gesamten Diskussion des Verfahrens der Pflegetransparenzkriterien steht zunächst die Frage, ob mit dem Instrument Qualität sinnvoll und angemessen abbildbar ist. Diese Fragestellung zerfällt dabei inhaltlich in verschiedene Teilbereiche. Zunächst setzt sie voraus, dass der Begriff (Pflege-)Qualität tatsächlich einheitlich zu definieren und dann entsprechend auch zu operationalisieren ist. Diese Thematik ist sehr komplex, wie auch ein Vergleich der Literatur im internationalen Raum zeigt (vgl. Kapitel 2). Das aktuelle Forschungsprojekt „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ des BMG und BMFSFJ kann hier einen Ausweg bieten, allerdings steht ein Beweis hierfür zurzeit noch aus. Im Sinne eines methodisch-wissenschaftlichen Zuganges wäre dies zunächst die entscheidende primäre Frage, auf die dann eine Definition von thematisch einheitlichen („eindimensionalen“) Teilbereichen des Gesamtkonstruktes „Pflegequalität“ erfolgen müsste. Innerhalb dieser Teilbereiche könnte dann über eine explizite Formulierung einzelner Unterpunkte nachgedacht werden. Das so entstandene Instrument wäre dann in einem Pretest zunächst zu erproben und bzgl. methodischer Gütekriterien zu überprüfen und ggf. zu modifizieren bevor ein flächendeckender Einsatz erfolgen könnte. Das heißt neben der Frage einer möglichen inhaltlichen Definition von

„Pflegequalität“ steht die Frage der methodischen Operationalisierbarkeit und der methodischen Überprüfung des daraus entstandenen Assessmentinstrumentes - jeweils in Abhängigkeit vom betrachteten Setting.

Wie bereits mehrfach in diesem Gutachten thematisiert, ist das Vorgehen im vorliegenden Fall aus verschiedenen Gründen in der Entstehungsphase nicht primär an einem wissenschaftlichen Vorgehen orientiert worden. Legt man die skizzierten Punkte für die hier geforderte wissenschaftliche Beurteilung des Verfahrens zugrunde, so ist festzustellen, dass das hier gewählte Vorgehen zunächst voraussetzt, dass die wesentlichen Teilbereiche zu dem Begriff „Pflegequalität“ in die Bereiche „Pflege und medizinische Versorgung“, „Umgang mit demenzkranken Bewohnern“, „Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung“ sowie „Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene“ im stationären Setting sowie die Bereiche „Pflegerische Leistungen“, „Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen“ sowie „Dienstleistung und Organisation“ im ambulanten Setting aufgeteilt werden kann. Eine Begründung für die Wahl dieser Bereiche und ob die Aufteilung im Sinne einer abbildbaren Qualität erschöpfend ist, fehlt (vgl. Kapitel 2.4). Ebenso fehlt eine Begründung für die Auswahl der dann in die Teilbereiche einbezogenen Kriterien – sowohl was die Formulierung der Einzelkriterien angeht als auch was die Anzahl der jeweils einbezogenen Kriterien betrifft.

Durch die Formulierung der Einzelkriterien in den Qualitätsbereichen wird darauf Einfluss genommen, welche Bewertungen das Gesamtergebnis beeinflussen, da alle Prüfkriterien – unabhängig von einer Pflegesensitivität und ob auf Bewohner-/Kunden- oder Einrichtungen-/Dienstebenen gemessen – gleichgewichtig in das Benotungssystem eingehen. Im vorliegenden Instrument wird jedoch nicht zwingend jeder Einzelaspekt eines Teilbereiches nur über ein Kriterium abgebildet, so liegen alleine zum Oberbegriff „Dekubitus“ im stationären Setting sechs Einzelkriterien vor (T6 – T11) vor. Dies führt zwangsläufig zu einer bereits implizit vorhandenen Gewichtung von bestimmten Themen in dem Instrument, ohne dass dies inhaltliche Begründung erfährt.

Im Sinne einer wissenschaftlichen Fundierung des verwendeten Instrumentes – ohne die zuvor thematisierte Problematik an dieser Stelle weiter zu vertiefen - ist aus methodischer Sicht zunächst grundlegend die Überprüfung klassischer Gütekriterien

wie Objektivität, Reliabilität und Validität vorzunehmen, da diese als Standard jedes wissenschaftlichen Bewertungsverfahrens anzusehen sind. Hierbei bleibt festzustellen, dass die **Objektivität des Verfahrens in Bezug auf Datengewinnung und Interpretation bisher nicht belegt** ist. Dies hat Auswirkungen auf die weiteren Güteeigenschaften des Verfahrens, da die Reliabilität nicht höher sein kann als die Objektivität eines Verfahrens. Eine Überprüfung der Reliabilität im Sinne der oben beschriebenen Verfahren hat zum jetzigen Zeitpunkt für das Verfahren der Pflegetransparenzkriterien nicht stattgefunden. Eine Überprüfung anhand der vorliegenden Rohdaten ist nicht möglich. Es ist daher zusammenfassend festzustellen, dass **zum jetzigen Zeitpunkt keine verlässlichen Aussagen zu Reliabilität des Verfahrens vorliegen**. Die Zuverlässigkeit des Verfahrens im Sinne der Messgenauigkeit kann damit nicht bewertet werden. In Bezug auf die Validität des Pflegetransparenzverfahrens lässt sich feststellen, dass bisher bestenfalls eine eingeschränkte Inhaltsvalidität attestiert werden kann, insbesondere jedoch keine Aussagen zu Konstruktvalidität vorliegen. Damit ist **zurzeit kein Nachweis der Validität des Verfahrens gegeben**, Aussagen, ob das Verfahren tatsächlich Pflegequalität misst, sind nicht möglich.

Die vorliegenden Aussagen werden auch durch Untersuchungen des MDS (2010) bestätigt, die in einer qualitativen Analyse die Datensätze von 30 stationären Einrichtungen als exemplarische Fallbeispiele überprüft haben. Hierbei zeigte sich, dass bei 21 (70%) dieser Einrichtungen Diskrepanzen zwischen Prüfeinschätzung und nachträglicher Kontrolleinschätzung vorlagen. Dies betraf insbesondere den Qualitätsbereich 1 (Pflegerische Leistungen) sowie dann die Gesamtnote. Hier ist insbesondere zu vermuten, dass die Ausfüllanleitungen zu den Prüfanweisungen nicht eindeutig formuliert sind aber auch, dass entsprechende Schulungen der Prüfenden bzgl. einer einheitlichen Anwendung fehlen.

Aufgrund des **bisher fehlenden Nachweises fundamentaler methodischer Gütekriterien** fehlt bezüglich des gesamten Verfahrens bisher eine zuverlässige methodische Basis für die Anwendung. Bis zum ausstehenden Nachweis der methodischen Güte ist damit auch keine Basis für die Verwendung des Verfahrens und für die Interpretation daraus entstehender Beurteilungen gegeben. Die

Beurteilung der methodischen Güte überlappt dabei zudem mit der Problematik einer kritisch zu bewertenden Berechnungssystematik, die nachfolgend thematisiert wird.

## **5.2 Berechnungssystematik**

Lässt man die bisher nicht belegte methodische Güte des Verfahrens zunächst außer Acht, so stellt sich als nächstes die Frage, wie die gewählte Berechnungssystematik und Vergabe von Notenwerten zu beurteilen ist. Dies ist zum einen eine eher theoretisch zu betrachtende Frage der zur Verfügung stehenden Daten und ihres Messniveaus, zum anderen eine Frage der Zuordnung von Noten und der sich daraus ergebenden Sinnhaftigkeit der gewählten Benotungen.

Die Bewertungssystematik und die darauf aufbauende Notenbildung sind theoretisch-methodisch als äußerst problematisch zu bewerten, da (mit Ausnahme der Bewohner-/Kundenbefragung) einzelne dichotome Kriterien (behaftet mit der Problematik der Objektivität dieser Bewertung), zur Berechnung eines methodisch unzulässigen Mittelwertes verwendet werden. Die anhand der Mittelwerte gebildeten Noten lassen nicht erkennen, welche Begründung den gewählten Skalenbereichen für die Zuordnung zu einer Note zugrunde liegt, die Zuordnungsbereiche beruhen zudem auf nicht begründeten (unterschiedlich breiten) Intervallbereichen. Hierbei ist zusätzlich anzumerken, dass Noten im strengen Sinne auf einer Ordinalskala abgebildet werden, Abstände auf ordinalen Skalen jedoch nicht interpretierbar sind. Insofern widerspricht eine Abstufung im Bereich von einer Nachkommastelle – obwohl vielfach üblich – dem eigentlichen Prinzip einer Notenskala.

Die Problematik der methodisch unzulässigen Mittelwertbildung aus dichotomen Merkmalswerten ließe sich zumindest dadurch umgehen, dass man hier nicht Mittelwerte im strengen Sinne berechnet, sondern stattdessen den Anteil an Bewohnern/Kunden, die dieses Kriterium erfüllen. Die rein mathematisch-technische Berechnung bleibt dabei ähnlich (Anzahl der Personen aufsummieren, die das Kriterium erfüllen und durch die Anzahl einbezogener Personen teilen), die Interpretation ist jedoch eine völlig andere. Im Falle eines Mittelwertes von 8 (8 von 10 Bewohnern/Kunden erfüllen das Kriterium) ist die Interpretation anhand der bisherigen Berechnungssystematik, dass das Kriterium durchschnittlich (für jeden

## Diskussion der Ergebnisse

Bewohner/Kunden) zu 80% erfüllt ist (die Skala geht nach Beschreibung von 0 = nicht erfüllt bis 10 = erfüllt). Bei einem Anteilswert von 0,8 (8 von 10) bedeutet dies dagegen, dass nur 80% der Bewohner/Kunden das Kriterium erfüllen. Dies ist eine völlig unterschiedliche Aussage – der tatsächlichen Sachlage der zugrundeliegenden Bewertungen jedoch angemessener.

Inhaltlich problematisch bleibt jedoch auch in diesem Fall die Zuordnung der Notenwerte. Betrachtet man die Zuordnung von Noten zu „Skalenmittelwerten“, so würde bei großen Stichprobenumfängen, die es erlauben, tatsächlich den gesamten Bereich der Skalenmittelwerte auf zwei Nachkommastellen genau abzudecken, die Note „sehr gut“ noch vergeben, wenn mindestens 87% der Bewohner/Kunden dieses Kriterium erfüllen, die Note mangelhaft würde vergeben, wenn weniger als 45% der Bewohner/Kunden dieses Kriterium erfüllen. Umgekehrt würde dies bedeuten, dass eine Einrichtung/ ein Dienst noch mit nicht mangelhaft gewertet wird, wenn für mehr als die Hälfte der Bewohner/ Kunden ein Kriterium nicht erfüllt wird, was sicher bei pflegesensitiven und ergebnisorientierten Kriterien zu diskutieren ist.

Betrachtet man die Zuordnung der Notenwerte zu einzelnen Kriterien in Bezug zu den hier tatsächlich zugrundeliegenden Stichprobenumfängen so zeigt sich, dass in Abhängigkeit vom Stichprobenumfang nicht alle Notenstufen jeweils angenommen werden und dass bei gleichen relativen Änderungen im Anteil der positiven Beurteilung eines Kriteriums unterschiedliche „Sprünge“ in den Benotungen resultieren können. Die Anteile an Bewohnern/Kunden pro Stichprobe, die ein Kriterium nicht erfüllen, so dass in der Summe noch eine mangelhafte Bewertung vergeben wird, kann je nach Stichprobenumfang zwischen minimal 56% und 100% betragen. Die Mindestanzahl/ der Mindestanteil an Bewohnern/ Kunden, die für eine nicht mangelhafte Bewertung erforderlich sind kann je nach Stichprobenumfang zwischen mindestens 45% und 100% differieren. Inhaltlich bedeutet dies, dass ggf. 55% der einbezogenen Bewohner/ Kunden ein Kriterium nicht erfüllen, die Benotung aber dennoch nicht mit „mangelhaft“ erfolgt. Im Falle von „Risikokriterien“ ist dies sicher eine Einstufung, die als problematisch beurteilt werden muss.

Für die Ermittlung von Bereichs- und Gesamtnoten ergibt sich zu den zuvor schon beschrieben methodischen Schwächen noch ergänzend, dass hier Bewertungen auf

## Diskussion der Ergebnisse

Bewohner-/Kundenebene mit Bewertungen auf Einrichtungs-/Dienstebene vermischt werden. D.h., hier werden über die pseudo-metrischen „mittleren Skalenwerte“ bei bewohner-/kundenbezogenen Kriterien und die dichotomen einrichtungs-/dienstbezogenen Kriterien erneut Mittelwerte berechnet und diese dann wieder Noten mit einer Genauigkeit von einer Nachkommastelle zugeordnet.

Hinzu kommt, dass die Benotung eines Kriteriums oft nur aus sehr wenigen Einzelwerten auf Bewohner-/Kundenebene resultiert – also nicht notwendigerweise schon a priori eine stabile Schätzung darstellt – und zudem über eine Notenbildung in Abstufungen von einer Nachkommastelle eine Genauigkeit suggeriert, die nicht gegeben ist. Dies ist insbesondere als problematisch zu bewerten, da die Interpretation der Noten und ein sich daraus ableitendes Benchmarking verschiedener Einrichtungen/ Dienste auf diesem methodisch instabilen Fundament beruhen.

Aufgrund der beschriebenen methodischen Schwächen bei der Berechnung von Bereichs- und Gesamtnoten **ist eine genaue inhaltliche Interpretation dieser Noten auf der Basis der gewählten Methodik nicht mehr nachvollziehbar.**

Hieraus resultiert, dass die Sinnhaftigkeit des gewählten Notensystems in der vorliegenden Form zu hinterfragen ist. Das gewählte System der Benotung hängt von der zuvor thematisierten Güte (in Bezug auf Objektivität, Reliabilität und Validität) ganz entscheidend ab. Diese ist - wie dargestellt – bisher nicht belegt. Dies wäre daher zunächst die Grundvoraussetzung für ein darauf aufbauendes Benotungssystem. Darauf könnte dann ein auch theoretisch-methodisch einwandfreies Berechnungsverfahren aufbauen, welches nachvollziehbar Benotungen einer objektivierbaren und reliabel und valide zu messenden Pflegequalität zuordnet. Kriterien für die dies nicht abgesichert ist, könnten im Sinne einer Leistungsdarstellung (ohne Bewertung) genutzt werden. Hier sind ggf. die Ergebnisse aus dem Projekt „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ des BMG und BMFSFJ abzuwarten, um diese in die Erfassung von Pflegequalität im Sinne der Pflegetransparenzkriterien einzubeziehen. Da dieses Projekt sich auf ein stationäres



Setting bezieht, bliebe jedoch die Frage einer uneingeschränkten Übertragbarkeit in ein ambulantes Setting weiterhin ungeklärt.

Alternativ könnte die Verwendung von Risikokriterien, die sich aus der Literatur belegen lassen, eine Möglichkeit darstellen, erbrachte Pflegequalität zu bewerten. Hierbei müsste aus Gründen der Vergleichbarkeit von Einrichtungen/ Diensten jedoch die Bewohner-/Kundenstruktur im Sinne einer Adjustierung der „mitgebrachten Risiken“ erfolgen.

Um eine Vergleichbarkeit von Einrichtungen/Diensten sicherzustellen, wenn bestimmte Kriterien zusammenfassend in „Qualitätsbereichen“ benotet werden sollten, scheint es sinnvoll, in diesem Fall eine Mindestanzahl von Einzelkriterien festzulegen, die bewertet werden können. Wird diese Mindestanzahl unterschritten, ist von einer zusammenfassenden Benotung ganzer Bereiche abzusehen. Die Untergrenze für eine Berechnung von Bereichsbewertungen/-noten sollte aus Gründen der Vergleichbarkeit 75% der Kriterien eines definierten Bereiches prinzipiell nicht unterschreiten. Stehen für mehr als 25% der Kriterien eines definierten Bereiches keine Bewertungen zur Verfügung, so ist die Zusammensetzung eines Bereiches aus definierten Kriterien (weniger als 75% aus N Kriterien) als zu unterschiedlich zu bewerten. Die Überschneidung in den Kriterien wäre bei einer 75%-Regelung für 50% aller definierten Kriterien eines Bereiches gegeben, das Festlegen von Grenzwerten unterhalb der 75% Regelung würde nur noch zu Überlappungen von weniger als der Hälfte der Kriterien führen und damit keine Vergleichbarkeit mehr gewährleisten. Das Festlegen von Grenzwerten oberhalb der 75%-Regelung verbessert die Vergleichbarkeit der Einrichtungen/Dienste - es ist jedoch aufgrund der Erfahrungen aus den vorliegenden Datenanalysen zu befürchten, dass hierdurch eine Berechnung von Bereichsbewertungen/-noten für viele Einrichtungen/ Dienste aufgrund nicht bewertbarer Kriterien nicht mehr möglich ist.

Für einen Bereich mit N definierten Kriterien würde diese Regelung dazu führen, dass bei einem Wert von 75% immerhin noch  $\binom{N}{0,75 \cdot N} = \frac{N!}{0,75! (N - 0,75 \cdot N)!}$  verschiedene Zusammensetzungen des Bereiches aus Einzelkriterien möglich sind (vgl. Hartung/ Elpelt/ Klösener 1985:96f.). Im Falle, dass die Bewertung/ Benotung eines Bereiches nicht möglich ist, sollte auf die Ausweisung einer

zusammenfassenden Bewertung („Gesamtnote“) aus Gründen der mangelnden Vergleichbarkeit ebenfalls verzichtet werden.

### 5.3 Stichprobenbildung

Prinzipiell lassen sich im Rahmen einer statistischen Analyse von Merkmalen (Qualitätskriterien) zwei Formen der Datenerhebung durchführen. Dies ist zum einen eine Totalerhebung aller Merkmale - also im vorliegenden Fall die Erfassung aller Qualitätskriterien für alle Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen bzw. allen Kunden von ambulanten Diensten zu einem Stichtag. Dies ist aus informationstechnischer Sicht die wünschenswerteste Form einer Datenerhebung, da sie die zuverlässigsten Informationen liefert. In der Regel ist eine Totalerhebung jedoch aus vielfältigen Gründen – z.B. zeitliche, finanzielle oder anderen Gründen nicht praktisch durchführbar (vgl. Ostermann & Wolf-Ostermann 2005:21). Zum anderen kann man - wenn eine Totalerhebung nicht durchführbar ist – auf Stichproben, d.h. sinnvoll ausgewählte Teilmengen der Grundgesamtheit zurückgreifen. Ziel der Auswahl einer solchen Teilmenge ist es, aufgrund der dort ermittelten Daten eine vernünftige, „repräsentative“ Aussage über interessierende Kenngrößen der Grundgesamtheit zu treffen. Nach Stenger (1994) lässt sich der Begriff der Repräsentativität folgendermaßen beschreiben: *„Repräsentative Stichproben genießen heute eine beachtliche Wertschätzung, vor allem auch bei Nicht-Statistikern. Man stellt sich darunter meist Teilmengen vor, die ebenso gegliedert sind wie die Grundgesamtheit, der sie entnommen wurden. In einer repräsentativen Stichprobe von Personen wären beispielsweise alle Ausprägungskombinationen von Merkmalen wie Geschlecht, Alter, Ausbildung, Beruf, Haushaltsgröße, Gemeindegröße ... vertreten, und zwar jeweils mit Häufigkeiten, die proportional zu den entsprechenden Häufigkeiten der Grundgesamtheit sind. Natürlich ließen sich bei derartiger Strukturgleichheit an der Stichprobe mühelos Aussagen über die Grundgesamtheit ablesen.“* Der Nachweis der Repräsentativität ist dabei nur schwer zu führen, in der Regel wird man mit Ausschlussverfahren arbeiten, um im Umkehrschluss auf Repräsentativität zu schließen. Nach Rothe & Wiedenbeck (1994) gibt es in der mathematischen Stichprobentheorie *„keine allgemein verbindliche Definition der ‚Repräsentativität‘, denn Stichproben sind grundsätzlich kein Substitut für die Grundgesamtheit“*.

Andere Autoren wie Kreienbrock (1989:9 bzw. 43) sprechen von einer repräsentativen Stichprobe, *„wenn aus ihr der Schluss auf die zugrunde gelegte Grundgesamtheit erlaubt ist. ... Eine Stichprobe heißt repräsentativ, wenn aus ihr der Mittelwert der Grundgesamtheit ‚vernünftig‘ geschätzt werden kann.“* Die Qualität getroffener Aussagen hängt also bei Informationen, die nur auf Teilmengen der gesamten Datenmenge basieren, ganz wesentlich von der Güte dieser Teilmengen/Stichproben und damit auch von den Auswahlverfahren ab, mithilfe derer diese Stichproben gewonnen werden. Dabei kann man zunächst „zufällige“ und „nicht-zufällige“ Stichprobenverfahren unterscheiden. Bei „nicht-zufälligen“ Stichprobenverfahren (einer Auswahl „auf's Geratewohl“) kann der Auswahlprozess nicht kontrolliert und mit mathematisch-statistischen Modellen beschrieben werden. Fehlereinflüsse sind damit nicht kontrollierbar und diese Verfahren sind aus methodischer Sicht daher abzulehnen. Bei zufälligen Stichprobenverfahren unterliegt der Auswahlprozess einem festen Stichprobendesign und einem mathematisch-statistischen Modell. Damit sind Wahrscheinlichkeitsaussagen bezüglich ermittelter Merkmalswerte und ihrer Verteilung möglich. Zufällige Stichprobenverfahren sind daher aus methodischer Sicht immer nicht-zufälligen Verfahren vorzuziehen. Stichproben aus zufälligen Designs lassen prinzipiell statistische Schlüsse auf die zugrunde liegende Population und insbesondere auch auf die Genauigkeit der Stichprobe zu. Es gibt eine Vielzahl unterschiedlicher Designs (einfache Zufallsauswahl, geschichtete Stichproben, Klumpen-Stichproben, mehrstufige Auswahlverfahren,...). Die Art des verwendeten Designs sowie insbesondere natürlich auch der Umfang der Stichprobe haben dabei Einfluss auf die erzielten Ergebnisse.

Die im Rahmen der Transparenzverfahren verwendeten Stichprobenverfahren genügen prinzipiell von der Art des Verfahrens den methodischen Anforderungen eines zufälligen Designs. Als problematisch ist jedoch der gewählte Stichprobenumfang anzusehen, zumal für eine Vielzahl von Kriterien oftmals nur wenige Personen in die jeweiligen Stichproben eingehen. So sind dies im stationären Fall im Mittel (Median) zwischen einer und sechs Personen, im ambulanten Fall zwischen keiner und fünf Personen. Dies bedeutet, dass Notenwerte nur aufgrund sehr weniger Personen gebildet werden und z.T. auch nur für wenige Einrichtungen/Dienste vorliegen. Generell beruht die Berechnung der Noten im Mittel damit

insgesamt auf sehr kleinen Fallzahlen. Kleine Fallzahlen bedeuten inhaltlich, dass die daraus gewonnenen Schätzwerte (Noten) – abhängig von der Variabilität in den Ausprägungen - prinzipiell nur ungenau geschätzt werden können und insbesondere bei Mittelwertbildungen aufgrund der mangelnden Robustheit dieser Kenngröße stark (von den anderen Beobachtungen) abweichende Werte (Ausreißer) zu einer verzerrten Schätzung führen können.

Unabhängig von der zugrunde liegenden Berechnungs- und Bewertungssystematik sind somit keine verlässlichen Aussagen im Sinne unverzerrter statistischer Kennwerte (wie Durchschnittsnoten) möglich. Eine **sinnvolle Lösung** dieser Problematik muss dabei zwischen einer **theoretisch idealen Vorgehensweise** und einem **tatsächlich praktisch umsetzbaren und auch zumutbaren Vorgehen** abwägen. Die theoretisch ideale Lösung einer **Vollerhebung** ist unter Praktikabilitätsgesichtspunkten nicht flächendeckend anzuwenden. Sie könnte Anwendung finden im Falle **sehr kleiner Einrichtungen/ Dienste**, für die sonst keine sinnvoll verwertbaren Stichprobengrößen zur Verfügung stehen. Für **größere Einrichtungen/ Dienste** wird es sicher notwendig sein, bei einem **Stichprobenverfahren** zu verbleiben. Hier besteht die schwierige Aufgabe, zwischen einer statistisch verwertbaren und einer für die zu Prüfenden und Prüfende „zumutbaren“ Stichprobengröße einen sinnvollen Kompromiss zu finden. Wenn man aus diesen Gründen bei dem bisherigen Stichprobenumfang von 10% der Bewohner/ Kunden einer Einrichtung/ eines Dienstes verbleiben will, so sollte jedoch ergänzend der Mindestumfang der Stichprobe von 5 auf 10 Personen erhöht werden, um so prinzipiell alle Transparenzkriterien auch tatsächlich mit einer genügenden Anzahl von Befragten abdecken zu können. Eine Schichtung nach relevanten Kriterien (z.B. Risikokriterien) wäre dabei wünschenswert, wird aber in der Praxis kaum durchführbar sein, da sie für jede Einrichtung/ jeden Dienst separat durchgeführt werden müsste. Inhaltlich würde dies zudem bedeuten, dass das Instrument der Transparenzkriterien damit zu einem risikoorientierten Instrument würde und weniger zu einem leistungsabbildenden Instrument.

Ergänzend zu einem Mindestumfang der Stichprobengröße könnten aus Gründen der Vergleichbarkeit bei einer Benotung von ganzen „Qualitätsbereichen“ ebenfalls Mindestumfänge (vgl. Kapitel 5.2) eingeführt werden.

Abschließend soll an dieser Stelle hier auch die Frage der **Datengewinnung und Datenqualität** thematisiert werden.

Die Analysen der zur Verfügung gestellten „Rohdaten“ – die ja bereits auch Grundlage des Abschlussberichtes waren (MDS-SEG 2 Abschlussberichtes 2010) – zeigen, dass offensichtlich zurzeit keine zuverlässigen Verfahren zur Plausibilitätsprüfung von er- oder übermittelten Daten zur Verfügung stehen bzw. implementiert sind. Auffallend waren in den hier vorliegenden Analysen nur **grob unplausible Werte** (Note „6“, Note „0“ bei nichtvorliegenden Benotungen sowie Stichprobenumfänge außerhalb des vorgegebenen Rahmens). Werte, die innerhalb ihrer vorgegeben Größenordnung bleiben, konnten bei den vorliegenden Analysen nicht auf Plausibilität überprüft werden, so dass Aussagen zur Datenqualität nicht in diesem Sinne quantifiziert werden können. Die Gründe für fehlerhafte Daten sind nicht bekannt, sie können von einer fehlerhaften Datengewinnung über eine fehlerhafte Datenerfassung bis zu einer fehlerhaften Datenübermittlung reichen. Aufgrund fehlender Strukturdaten konnte nicht überprüft werden, ob diese Datenfehler beispielsweise einzelnen Bundesländern zuzuordnen sind. In diesem Zusammenhang ist auch noch einmal darauf hinzuweisen, dass durch unterschiedliche Softwarelösungen der einzelnen erfassenden Dienste möglicherweise systematische technische Fehler resultieren können. Hier wäre auch im Hinblick auf die unter Kapitel 5.1 diskutierten Gütekriterien eine einheitliche technische Regelung der Datenerfassung und- übermittlung geboten.

**Da eine fehlerfreie Datenerfassung und -übermittlung aber Grundlage jeder sinnvollen Darstellung und -bewertung von Qualitätskriterien ist, sollte dem Gesichtspunkt der Datenqualität noch einmal vermerkt Aufmerksamkeit geschenkt werden, um entsprechende Fehler in einem automatisierten Verfahren erkennen und korrigieren zu können.**

#### **5.4 Simulation alternativer Berechnungspfade**

Bevor nun auf die Diskussion der Ergebnisse zu den exemplarisch als mögliche Alternativen vorgestellten Bewertungspfaden eingegangen wird, soll zunächst noch einmal näher auf die Thematik von KO- und Risikokriterien eingegangen werden.

#### **5.4.1 KO-Kriterien in Transparenzkriterien**

Die Einführung von KO-Kriterien war Gegenstand der Diskussion der GKV-SV-Expertentagung im Februar dieses Jahres. Vor diesem Hintergrund wurde von den Projektnehmerinnen der vorliegenden wissenschaftlichen Evaluation eine Berücksichtigung, Benennung und Integration von möglichen KO-Kriterien diskutiert, jedoch aus verschiedenen Gründen nicht aufgenommen.

Zum einen zeigt die internationale Literaturrecherche, dass im Zusammenhang mit Qualitäts- und Transparenzinitiativen in der ambulanten und stationären Langzeitpflege sowie im Bereich der Krankenhäuser keine Erfahrungen und Erkenntnisse mit KO-Kriterien vorliegen (s. Kapitel 2). Es kann auf keinerlei Erfahrungen zurückgegriffen werden, um die Einführung von KO-Kriterien sinnvoll und wissenschaftlich-systematisch zu begründen und einzuführen.

Zum anderen steht aus rechtlichen Gründen die Qualitätsprüfung auf der Basis von § 114 SGB XI vor der Veröffentlichung auf der Grundlage der Transparenzvereinbarungen im Sinne des § 115 Absatz 1a SGB XI. Nach § 115 Absatz 2 SGB XI entscheiden die Landesverbände nach Qualitätsprüfungen, welche Maßnahmen zu treffen sind, um bestehende Mängel zu beseitigen (Ahrend 2010). Bei den Pflege-Transparenzvereinbarungen handelt es sich sprachlich um Kriterien der Veröffentlichung. Sie sind aus diesem Grunde als Maßstäbe einzustufen, wie die Erkenntnisse der Qualitätsprüfung zu veröffentlichen sind. Eine mangelhafte Pflege muss sich demnach zuerst in den Qualitätsberichten nach dem § 115 SGB XI abbilden. Die Pflegekasse hat auf dieser Grundlage per Bescheid zu entscheiden, welche Maßnahmen zur Beseitigung von Mängeln durchzuführen sind (Ahrend 2010). Mit anderen Worten, die Transparenzkriterien sind nicht als zusätzliche Prüfung zu verstehen, sondern als Kriterien bzw. Maßstäbe, die die Veröffentlichung auf der Basis der Qualitätsprüfung regeln.<sup>11</sup> Vor diesem Hintergrund können auch in der Pflege-Transparenzvereinbarung keine KO-Kriterien eingeführt werden. Diese müssten vorher, also bereits in der Qualitätsprüfung eingeführt werden, falls es fachlich und methodisch-systematisch geprüfte Prüfungskriterien bzw. ein

---

<sup>11</sup> Ein Bericht aus der Ärztezeitung vom 08.06.2010 mit der Überschrift „Geld qualifiziertes Personal und Kontrollfle sind Ingredienzen guter Pflege“ deutet daraufhin, dass die Bedeutung der Transparenzkriterien sich zunehmend verändert und die Noten aus den Transparenzkriterien als Beleg für die erbrachte Qualität herangezogen werden. Darauf weist folgende Formulierung hin: „Gute Pflege in Heimen hat viel mit Geld und qualifiziertem Personal zu tun – und mit kontrollierter Pflegequalität. Das zeigen die Transparenzberichte in des MDK Baden-Württemberg. Im Südwesten haben die 382 bisher geprüften stationären Pflegeeinrichtungen mit der Note 1,2 im bundesweiten Vergleich als Klassenprimus abgeschnitten.“ (Ärzte Zeitung, 08.06.2010 von Florian Staeck).

methodisch validiertes Instrument der Qualitätsprüfung gäbe. Es wäre vorstellbar, nach der Entwicklung gesetzlicher Vorgaben der Maßstäbe der Leistungs- und Qualitätsmerkmale (§ 84 Absatz 5, § 113 SGB XI), der QPR (§ 114 a SGB XI), der Expertenstandards (113a SGB XI) und der wissenschaftlichen Entwicklung und Integration von Kriterien der Ergebnis- und Lebensqualität in die QPR, dass sich entsprechende Konsequenzen für die Veröffentlichung der Ergebnisse im Sinne der Transparenzkriterien ergeben (Ahrend 2010). Gleichwohl muss die Frage gestellt werden, ob der Verbraucher neben der Veröffentlichung der Ergebnisse der Qualitätsprüfung weitere Hinweise auf eine mangelhafte Pflege benötigt und KO-Kriterien in diesem Zusammenhang angemessen und sinnvoll sind. Es ist zu beachten, dass die Pflege-Transparenzvereinbarung ein Schema zur Erarbeitung der Veröffentlichung darstellt, das ablaforientiert erhoben und dokumentiert wird. Sie ist nicht als eigene Prüfung zu verstehen, die lediglich dem Ziel der Benotung dient (Ahrend 2010).

Zum dritten ist sowohl das Verständnis von Pflegequalität bzw. Qualität in der Pflege nicht geklärt als auch das derzeit eingesetzte Instrument der Qualitätsprüfung nicht wissenschaftlich geprüft bzw. die Kriterien nicht wissenschaftlich-systematisch abgeleitet und entwickelt (s. Kapitel 2.5). Vor diesem Hintergrund erscheint es nicht angemessen, KO-Kriterien zu formulieren, da nicht wissenschaftlich gesichert ist, welche Indikatoren für die Abbildung und Messung von Qualität ausschlaggebend sind. Mit anderen Worten, das den Transparenzkriterien zugrundegelegte Prüfinstrument bedarf einer wissenschaftlichen Überprüfung, um dann daraus Konsequenzen für die Veröffentlichung der Ergebnisse im Sinne der Transparenzvereinbarung zu formulieren.

### **5.4.2 Risikokriterien in Transparenzinitiativen**

Risikokriterien werden auch im internationalen Raum in Transparenzkriterien angewendet. Demgemäß werden dem internationalen Verständnis zur Folge unter Risikofaktoren solche subsumiert, die von den Einrichtungen nicht zu beeinflussen sowie bewohner-/ patientenbezogen sind und bereits vor der Intervention bzw. Maßnahme bestehen. Dazu gehören bspw. Erkrankungen der Bewohner, Alter, Geschlecht und weitere Faktoren (s. Kapitel 2.3). Sie dienen vor allem der

## Diskussion der Ergebnisse

Risikoadjustierung definierter Qualitätsindikatoren, um eine Vergleichbarkeit der Einrichtungen zu ermöglichen.

Im Verständnis der Autoren des MDS-SEG 2 Abschlussberichts (2010) werden unter Risikokriterien diejenigen verstanden, deren Nichterfüllung Auswirkungen auf die Gesundheit bzw. Lebensqualität der Betroffenen haben und die für alle Bewohner unabhängig von ihrer Erkrankung zutreffen können (2010). Damit weicht dieses Verständnis vom Verständnis im internationalen Raum ab und ähnelt mehr dem Verständnis von pflegesensitiven Outcomekriterien (s. Kapitel 2.3).

Von den Autoren des MDS-SEG 2 Abschlussberichts wurden auf der Grundlage „pflegefachlicher und medizinischer Überlegungen und vorangegangenen Erfahrungen“ aus den Transparenzkriterien folgende Risikofaktoren ausgewählt:

- a) für den stationären Bereich: „T7, T 10, T 14, T 15, T 17, T 18, T 23, T 26, T 28“  
(MDS-SEG 2 Abschlussbericht 2010:15)
- b) für den ambulanten Bereich: „T1, T2, T5, T8, T 12, T 13, T 18, T 19“

Aus dem Abschlussbericht ist nicht zu entnehmen, welche pflegefachlichen und medizinischen Grundlagen sowie Erfahrungen genau diese Wahl von Risikofaktoren begründet wird.

Diese Unterschiede im Verständnis von Risikofaktoren haben Auswirkungen auf Bewertungen von Qualität. Nach dem Verständnis im internationalen Raum geht es um patienten- bzw. bewohnerbezogene Faktoren, die ein Ergebnis beeinflussen können und bereits vor der Intervention existieren (Ding 2009). Dieses Verständnis von Risikofaktoren ähnelt eher der üblichen Definition von Risikofaktoren im Bereich des Gesundheitswesens (bspw. Risikofaktorenmodell für die Entwicklung von Krankheiten). Des Weiteren berücksichtigt dieses Verständnis, dass die Qualität pflegerische Maßnahmen und Interventionen auch von bewohner- und kundenbezogenen Faktoren abhängen, die auch durch Pflege und Gesundheitsversorgung nicht beeinflusst werden können.



## Diskussion der Ergebnisse

Da international und national kein systematisch entwickeltes Verständnis von Risikofaktoren im Zusammenhang mit Qualitätsmessungen und Transparenzinitiativen in der ambulanten und stationären Langzeitpflege zu finden ist, wurde in der vorliegenden Evaluation eine Begriffseingrenzung für Risikofaktoren vorgenommen, die die Systematik pflegesensitiver Qualitätsindikatoren und Outcomemessungen auf der Basis der Erläuterungen in Kapitel 2.3 und das Verständnis der Autoren des MDS-SEG 2 Abschlussberichts berücksichtigen.

Demnach sind Risikofaktoren solche Kriterien,

- die durch Einrichtungen und Dienste beeinflussbar sind,
- Relevanz haben für Pflegequalität vor allem im Sinne der Ergebnis- und Lebensqualität,
- Qualität multidimensional widerspiegeln,
- und deren Nichterfüllung zu Pflegedefiziten führen.

Sowohl im Falle des MDS-SEG 2 Abschlussberichts als auch in der vorliegenden Evaluation wurden Risikofaktoren gewählt und deren Auswirkungen auf die Noten untersucht. Des Weiteren wurden in beiden Verfahren die Risikofaktoren gewichtet. Im Vordergrund der vorliegenden Evaluation stand die Frage, welche Auswirkungen die Risikofaktoren und Gewichtungen auf die Notenbildung haben.

Die Auswahl der Risikofaktoren in der vorliegenden Evaluation wurde in mehreren Schritten vorgenommen. Es wurden theoretische und gesetzliche Grundlagen und Erfahrungen und Erkenntnisse aus dem internationalen Raum für die Auswahl der Risikofaktoren zugrundegelegt (ausführliche Darstellung s. Kapitel 2, insbesondere Kapitel 2.3)

Folgende Kriterien wurden als Risikokriterien ausgewählt (s. Kapitel 3.3.1):

- a) Für den stationären Bereich: T 15, T 18, T 20, T 22, T 11, T 29, T 27
- b) Für den ambulanten Bereich: T 5, T 8, T 11, T 17, T 13, T 21, T 15, T 26 – wenn im ambulanten Dienst entsprechende Kunden versorgt werden

Es konnten weder Kriterien der Lebensqualität im stationären noch im ambulanten Bereich identifiziert werden.

### 5.4.3 Ergebnisse der Simulation alternativer Berechnungspfade

Ergänzend zu den zuvor diskutierten Ergebnissen zur Bewertungssystematik, Notengebung und Stichprobenbildung sollen nun exemplarisch die in Kapitel 3 vorgestellten alternativen Bewertungspfade betrachtet werden. Die dort betrachteten Modelle werden als mögliche Entscheidungshilfen verstanden, um Auswirkungen auf das Spektrum der Benotungen nachvollziehen zu können, sie stellen keine bereits als endgültig betrachteten Lösungsansätze dar.

Die in Kapitel 3 aufgelisteten Modellen (vgl. Tabelle 5, Kapitel 0) können aufgrund der nur in aggregierter Form (auf Heim- oder Dienstebene) vorliegenden „Rohdaten“ nicht exakt simuliert werden, insbesondere die Modelle II („Abwertungsmodell“) und IV („Risikokriterienmodell“) können nicht direkt anhand der Daten auf Bewohner-/Kundenebene wie vorgesehen simuliert werden. Auf das Modell IV (Risikokriterienmodell) musste deshalb in den Simulationen verzichtet werden, da es sich nicht mehr sinnvoll annähern ließ. Für alle übrigen Modelle kann zumindest ein erster Eindruck vermittelt werden, zu welchen Verschiebungen die geänderten Bewertungsschemata führen. Aufgrund der größeren Datenlage im stationären Fall werden nur Vergleichsberechnungen aus stationären Einrichtungen herangezogen. Alle exemplarisch betrachteten Modelle basieren dabei auf unterschiedlichen Einbeziehungen der zuvor definierten Risikokriterien (vgl. Kapitel 3.3.1). Für die dort verwendeten Risikokriterien ist anzumerken, dass diese im hier betrachteten stationären Fall ausschließlich aus dem Qualitätsbereich 1 (Pflege und medizinische Versorgung) stammen. Aus diesem Grund sowie wegen der Problematik aggregierter Daten wird die Veränderung der Benotung nur anhand der zusammenfassenden Bereichsnote diskutiert,

Die Ergebnisse haben gezeigt, dass Modelle, die auf der bisherigen Berechnungssystematik aufbauen, und entweder **Risikokriterien stärker gewichten** (Modell I) bzw. **ausschließlich Risikokriterien einbeziehen (Modell III), nicht zu wesentlichen Änderungen** in der Verteilung der **zusammenfassenden**

**Benotungen** führen. Hier sind nur geringfügige Verschiebungen in den simulierten Notenspektren - tendenziell eher zu schlechteren Noten - zu beobachten.

Ein **völlig anderes Bild** ergibt sich, wenn **Risikokriterien als besonders relevant** zur Darstellung von Pflegequalität betrachtet werden und die Nichterfüllung dieser relevanten Kriterien zu einer Abwertung der Bereichs- bzw. Gesamtnote führt (**Modelle II und IV**). Durch eine solche Vorgehensweise ergeben sich deutliche Verschiebungen im erzielten Notenspektrum (vgl. Kapitel 4.1.4). Diese Modelle führen in der Gesamtverteilung zu schlechteren Benotungen, da Einrichtungen diese als wichtig erachteten Kriterien dann nicht mehr über andere – gerade auch im Sinne der Pflegequalität nicht relevante Kriterien - in der Benotung kompensieren können. Als **Vorteil** dieser Modelle ergibt sich damit, dass es Einrichtungen damit **nicht** mehr **möglich ist**, (sehr) gute Gesamtbenotungen zu erhalten, wenn wichtige qualitätsbezogene Kriterien nicht erfüllt sind. Das hier vorgeschlagene Vorgehen in Modell II, entspricht im Wesentlichen Vorgehen dem im Abschlussbericht des MDS (MDS-SEG2 Abschlussberichtes 2010) ebenfalls vorgeschlagenen Verfahren. Unterschiede ergeben sich in den gewählten Risikofaktoren, da hier eine andere Herangehensweise für die Auswahl dieser Faktoren zugrunde gelegt wurde sowie in den Vorschlägen zum konkreten Abwertungsschema. Für **Modell IV** ist als **Einschränkung** zu formulieren, dass dieses nur bei vollständig erfassten Risikokriterien sinnvoll zu verwenden ist, da ansonsten eine geringere Anzahl erfasster Risikokriterien die Chance einer besseren Gesamtbewertung einschließt. Zudem besteht in diesem Modell das Problem, dass Einrichtungen/ Dienste, die alle Risikokriterien gerade noch erfüllen (Bewertung bis einschließlich Note 4,0) noch mit sehr gut bewertet werden.

Insgesamt lässt sich schlussfolgern, dass die Verwendung von Risikokriterien zur Beurteilung von Pflegequalität nur Sinn macht, wenn zum einen pflegerelevante Kriterien zur Beurteilung von Qualität vorliegen und diese dann auch das auch fachlicher Sicht notwendige Gewicht erhalten, um nicht in der Masse anderer Kriterien „nivelliert“ zu werden. Auf Basis der hier beispielhaft analysierten Modelle führt damit **nur Modell II** tatsächlich zu einer Veränderung in der Benotung, die unter diesen Voraussetzungen sinnhaft ist.

## 5.5 Bewohner-/ Kundenbefragung

Die positiven Resultate sowohl in der Heimbewohner- wie auch in der Kundenbefragung geben Anlass zu Diskussionen (s. Kapitel 2.4, Kapitel 4.2.1, Kapitel 4.2.2). Neben der Frage der fehlenden Überprüfung der Gütekriterien des Befragungsinstrumentes spielen für die Vertreter mit ablehnender Position einer derartigen Befragung Fragen zur Varianz der Ergebnisse wie auch der methodischen Qualität eine Rolle, da die Ergebnisse Heimbewohner-/ Kundenbefragung von den fachlichen Beurteilungen in der Bewertung abweichen. Befürworter der Heimbewohner-/Kundenbefragungen begründen die Notwendigkeit dieser Befragung damit, dass sie aus Respekt vor den Betroffenen erfragt werden müssen. Möglicherweise sei ein anderes Instrument oder eine andere Vorgehensweise erforderlich (s. Kapitel 4.2.1 und Kapitel 4.2.2).

In diesem Zusammenhang ist zunächst zu konstatieren, dass die Heimbewohner-/ Kundenbefragung im Rahmen der Transparenzkriterien in Deutschland auf einem nicht validierten Verfahren der Qualitätsprüfung basiert, und die Entwicklung sowie die theoretische Basis und empirische Grundlagen nicht deutlich sind. Möglicherweise ist die geringe Varianz der Ergebnisse auf eine fehlende wissenschaftliche Überprüfung zurückzuführen, da nicht eindeutig ist, welches Phänomen dieses Instrument in welcher Gültigkeit und Zuverlässigkeit misst.

Die Forschungslage zeigt, dass eine Befragung von Empfängern von Pflege- und Gesundheitsdienstleistungen sehr diffizil und die Forschungslage zu validierten Instrumenten nicht ausreichend ist (Castle 2007; Görres et al. 2008; Porter 2008).

Die Übersichtsarbeit von Castle (2007) weist daraufhin, dass international in zahlreichen Studien Befragungsinstrumente entwickelt und überprüft wurden. Allerdings variieren die entwickelten und eingesetzten Instrumente deutlich hinsichtlich der Anzahl der Fragen, Überprüfung der Gütekriterien, Größe der Stichprobe und der Anzahl der erfragten Bereiche. Des Weiteren unterscheiden sie sich in der Art der Befragung (offen, geschlossen, Skalen, Anzahl der Items). Von den einbezogenen 50 Studien in dieser Übersichtsarbeit haben nur vier eine Test-Retest-Überprüfung durchgeführt und sieben haben Aussagen zur Interrater-Reliabilität gemacht, so dass kaum Aussagen über die Gütekriterien der Instrumente

gemacht werden können. Der Autor führt kritisch an, dass die einbezogenen erfragten Bereiche nicht notwendigerweise die wichtigsten aus der Perspektive der Betroffenen darstellen, sondern diejenigen, die von Relevanz erscheinen für Fachleute, Kostenträger und/oder Leistungsträger. Vor diesem Hintergrund können Verzerrungen in den Ergebnissen entstehen. Das heißt, es ist möglich, dass für Befragte nicht wichtige Fragen eher mit sehr guten Antworten bewertet werden (Castle 2007). Auch die Skalierung kann mögliche Antworten von Befragten beeinflussen und die Anzahl sehr guter Ergebnisse begünstigen. So weisen Studien daraufhin, dass Fragen, die Meinungen erfordern, am besten abschneiden. Auch visuell-analoge Skalen scheinen differenziertere Antworten zu erzielen (Castle 2007).

In ähnlicher Weise kritisiert Wingenfeld (2003), dass durch herkömmliche Zufriedenheitsbefragungen die Befragten in fremde Kategorien gezwängt werden, die möglicherweise nicht die Kategorien widerspiegeln, die für die Bewohner von Relevanz sind.<sup>12</sup> In einer von ihm erstellten Studie kommt Wingenfeld (2003) zu dem Schluss, dass Zufriedenheit offensichtlich keine Kategorie darstellt, die die Befragten heranziehen, um pflegerische Versorgung zu beurteilen und demgemäß Zufriedenheit kein verlässlicher Weg sei, um Qualität aus der Perspektive von Betroffenen abzubilden. Zufriedenheitsäußerungen von Befragten bezogen sich vielmehr auf Kategorien wie Lebenssituation, Lebensverlauf, Weltgeschehen, Pflegedienst im Allgemeinen, Pflegekräfte und andere Leistungserbringer (Wingenfeld 2003). Dieser Befund wird in der Studie von Porter (2008) bestätigt. Keine der befragten Personen im häuslichen Bereich nutzten das Wort „Zufriedenheit“ oder „zufrieden“, wenn sie über die häusliche Pflege sprachen. Des Weiteren haben sie die Outcomes der pflegerischen Aktivitäten nicht mit ihrer Zufriedenheit mit der Pflege in Verbindung gebracht. Von viel größerer Bedeutung war die Person der Pflegenden und ihre Fähigkeit auf die Bedarfe/Bedürfnisse sowie individuellen Ziele der pflegebedürftigen Person einzugehen (Porter 2008).

Daraus kann geschlossen werden, dass die Zufriedenheit von Nutzern von gesundheitlichen und pflegerischen Dienstleistungen nicht mit dem fachlichen Verständnis von Qualität in der Pflege assoziiert ist (Reutlinger 2001; BMFSJF 2006).

---

<sup>12</sup> Die Studie von Berglund (2007) gibt Hinweise darauf, dass insbesondere Aspekte wie Informationen über Gesundheitszustand, Medikation und Therapie, gute Kommunikation mit dem Personal und Lebensbedingungen von hoher Relevanz in Bezug auf Zufriedenheit in der Langzeitpflege sind.

Die Zufriedenheitsbefragungen in der ambulanten Pflege scheinen noch komplexer zu sein, da viele andere Faktoren und Variablen die Beurteilung von Zufriedenheit in der pflegerischen Versorgung beeinflussen (Porter 2008). In der Studie von Schneekloth & Wahl (2006) gibt es Hinweise darauf, dass für Pflegebedürftige und Angehörige andere Aspekte maßgeblich für eine gute Qualität sind als im Vergleich mit professionellen Pflegekräften. Es ist demzufolge fraglich, ob für den häuslichen Bereich entwickelte Instrumente die Bereiche und Aspekte abdecken, die für die Pflege im häuslichen Bereich relevant sind. Während professionelle Pflegekräfte davon ausgehen, dass eine „kunstgerechte Ausführung der Pflege bzw. die Förderung von Selbständigkeit“ von Relevanz sind, sehen die Zielgruppen Aspekte wie „sich wohl fühlen“ oder „Geborgenheit“ oder die Möglichkeit, häusliche Pflege organisieren zu können, im Mittelpunkt ihrer Qualitäts- und Zufriedenheitsbeurteilung (Schneekloth & Wahl 2006). In der Studie von Vaarama (2009) wird offensichtlich, dass Empfänger von professioneller Pflege nicht vordergründig die erhaltenen instrumentellen Hilfen beurteilen, sondern vielmehr die Art und Weise wie auf die individuellen Präferenzen und/oder auf die individuellen Perspektiven eingegangen wird und auf die Berücksichtigung von Würde und Respekt in der Pflege.

Des Weiteren weisen Untersuchungen daraufhin, dass ältere Menschen eine höhere Tendenz haben, sozial erwünscht zu antworten (Castle 2007; Knäuper et al. 2002; Kelle & Niggemann 2002). Dies trifft möglicherweise auf Antworten zu, die eine hohe subjektive Bedeutung haben. Auch kann Angst vor möglichen Sanktionen, wenn bspw. Anonymität nicht zugesagt werden kann, die Neigung zur sozialen Erwünschtheit beeinflussen (Castle 2007). Es ist die Tendenz zu erkennen, dass ältere Menschen in Heimen auf Fragen der Zufriedenheit angepasster reagieren (Kelle & Niggemann 2002). Weitere beeinflussende Variablen in der Antwortgebung können unter anderem der Gesundheitsstatus (Castle 2007) oder der Sozialstatus der Betroffenen sein, da es Hinweise gibt, dass Menschen mit einem geringeren sozialen Status angepasster reagieren (BMFSJF 2006). Auch die kognitiven Leistungen der Befragten haben Wirkungen auf die Beantwortung der Fragen. Studien weisen daraufhin, dass ältere Menschen mit reduzierten kognitiven Funktionen Probleme haben, komplexe Fragen zu verstehen und eher dazu tendieren, Fragen mit der Antwort „Weiß nicht“ zu beantworten. Mit anderen Worten, die Beantwortung wird mit abnehmender kognitiver Funktion unkonkreter. Zu

## Diskussion der Ergebnisse

beachten ist, dass insbesondere ältere Menschen in Altenheimen von physiologischen Abbauprozessen und Verlusten kognitiver Leistungen betroffen sind. Es kann also zu Verzerrungen kommen, wenn verschiedene Altersgruppen mit unterschiedlichen kognitiven Funktionen und Voraussetzungen befragt werden und die Resultate zu einem Ergebnis aggregiert werden (Kelle & Niggemann 2002). Des Weiteren gibt es Hinweise darauf, dass befragte Heimbewohner sich in Zufriedenheitsbefragungen häufiger über ihr gelebtes Leben als über die Einrichtung äußern (BMFSJF 2006).

Vor diesem Hintergrund ist auch die Stichprobengröße von großer Relevanz. Bei Zufriedenheitsbefragungen ist fraglich, wie repräsentativ die Stichprobengröße für die repräsentierte Population ist. Die Kriterien Robustheit und Prozess der Stichprobenerhebung spielen dabei eine Rolle. Viele Ergebnisse von Zufriedenheitsbefragung weisen Verzerrungen auf, da Personen oder Gruppen in die Befragung einbezogen werden, die nicht repräsentativ sind für die Zielpopulation (Castle 2007). Die Übersichtsarbeit von Castle weist des Weiteren auf die Problematik hin, dass die meisten Studien und Veröffentlichungen zu Zufriedenheitsbefragungen in der Langzeitpflege keine Informationen geben über die Stichprobenerhebung oder über die Repräsentativität ihrer Stichprobe (Castle 2007).

Es gibt kaum Studien, die die Gütekriterien der eingesetzten Zufriedenheitsbefragungen untersuchen (Castle 2007). Problematisch dabei ist zum einen, dass die Anwender nicht entscheiden können, welches valide und reliable Instrument einsetzbar ist. Zum anderen geben diese Instrumente möglicherweise irreführende Ergebnisse wieder, wirken wie eine Zensur auf die Befragten und limitieren die Möglichkeiten für Betroffenen, ihre Perspektiven und Bedenken über bestimmte Bereiche der Pflege zu äußern. Zum dritten können nicht validierte Instrumente dazu führen, dass professionelles Personal in der Annahme ist, dass bei sehr guten Ergebnissen eine hohe Zufriedenheit vorherrscht, dieses Ergebnis mit dem angewendeten Instrument jedoch nicht gemessen wird, da akkurate Einschätzungen der realen Performanz mit den eingesetzten Instrumenten nicht möglich sind (Castle 2007).

Alternativ zu Zufriedenheitsbefragungen werden unterschiedliche Möglichkeiten diskutiert. Unter anderem wird empfohlen, auf standardisierte und validierte Erhebungen von Lebensqualität auszuweichen (Schönberg 2005). Gemäß der aktuellen Forschungslage sollten zur Ermittlung von Lebensqualität folgende vier Dimensionen berücksichtigt werden: körperliche Verfassung, psychisches Wohlbefinden, soziale Beziehungen, Funktionsfähigkeit im Alltag (Rupprecht 2006). Des Weiteren spielen subjektive Einschätzungen bzw. Bewertungen, soziodemographische Merkmale, objektive Lebensbedingungen, psychische Ressourcen, gesundheitlicher Zustand und Persönlichkeitsmerkmale eine wichtige Rolle in der Beurteilung von Lebensqualität aus der Perspektive von Betroffenen (Rupprecht 2006). Es scheint einen Zusammenhang zu geben zwischen der Inzidenz von depressiven Symptomen, zunehmenden Einschränkungen in den physischen Fähigkeiten, Inzidenz von Schmerz sowie Prävalenz von Dekubitalgeschwüren und Ergebnissen von Lebensqualität (Degenholtz et al. 2008). Degenholtz et al. (2008) zur Folge ist weitere Forschung notwendig, um Zusammenhänge zwischen dem klinischen Status der Betroffenen und dem Prozess der pflegerischen Versorgung der Betroffenen zu untersuchen. Vaarama (2009) fordert vor dem Hintergrund, dass die Beurteilung von Lebensqualität von so vielen unterschiedlichen und verschiedenen Faktoren abhängt, dass die eingesetzten Instrumente zwischen Altersgruppen und Grad der Abhängigkeit der Pflege unterscheiden sollten. Insbesondere im Bereich demenziell erkrankter Menschen gibt es zwar Instrumente zur Messung der Lebensqualität, hierbei handelt es sich jedoch vielfach um Proxy-Instrumente. Der Zusammenhang von Proxy-Einschätzung und persönlichem Empfinden der Einschätzenden ist dabei bisher nicht untersucht. Einschränkend muss auch angeführt werden, dass es kaum Befunde über die Lebensqualität von Heimbewohnern und pflegebedürftigen Menschen in der ambulanten Pflege gibt (Schönberg 2005; Pieper & Vaarama 2008).

Zusammenfassend kann formuliert werden, dass national und international kein ausreichend validiertes Instrument vorhanden ist, das die Zufriedenheit von Bewohnern und Kunden in der ambulanten und stationären Langzeitpflege zuverlässig erfragt und misst. Zahlreiche Faktoren beeinflussen die Antworten von Befragten. Dazu hören Alter, Erkrankungen, kognitive Leistungen, Schichtzugehörigkeit, Art der Einrichtung, Länge des Aufenthaltes in der Einrichtung



oder Inanspruchnahme der Leistung. Vor diesem Hintergrund kommt erschwerend hinzu, dass noch nicht geklärt ist, welches die relevanten Qualitätskriterien für Zufriedenheitsbefragungen sind, welche Determinanten Zufriedenheit beeinflussen sowie welche Bereiche aufgenommen werden sollten und welche Antwortformate und Stichprobengrößen angemessen sind (Roth 2002; Castle 2007). Demzufolge können die Ergebnisse von Zufriedenheitsbefragung auf der Grundlage des derzeitigen Forschungsstandes nicht unmittelbar Aussagen über die Qualität der Einrichtungen geben (Dozier et al. 2005; Roth 2002; Schönberg 2005).

Ein weiteres Problem der fehlenden standardisierten und validierten Instrumente zu Zufriedenheitsbefragungen in Transparenzinitiativen in der Langzeitpflege ist, dass Einrichtungen und Dienste in diesem Bereich nicht verglichen werden können (Harris-Kojetin & Stone 2007). Es ist also fraglich, ob Zufriedenheitsbefragungen in der derzeitigen Form geeignet sind, um Perspektiven der Heimbewohner und Kunden zu erfassen.

In methodischer Hinsicht empfehlen Kelle & Niggemann (2002) statt standardisierter Zufriedenheitsbefragungen auf qualitative Interviewmethoden mit narrativen Elementen auszuweichen. Diese sind den Autoren zur Folge dazu geeignet, Tendenzen sozialer Erwünschtheit in der Beantwortung zu durchbrechen. Des Weiteren haben die Interviewten mehr Möglichkeiten, sich über negative Ereignisse zu berichten und eigene bedeutsame Aspekte der Pflege zu beurteilen (Kelle & Niggemann 2002).

Ähnlich äußert sich Porter (2008). Sie rät dazu, Lebensweltbeschreibungen in Befragungen zu nutzen, um den Einfluss von häuslicher Pflege auf das Individuum zu eruieren. Des Weiteren ermöglicht diese Herangehensweise, dass möglicherweise Indikatoren für die Beurteilung von Qualität gefunden werden können, die für das persönliche Leben relevant sind.

Vor dem Hintergrund des Forschungsstandes zu Zufriedenheitsbefragungen bei Heimbewohnern und Kunden der ambulanten Pflege ist eine Möglichkeit, statt methodisch schwierige Zufriedenheitsbefragungen durchzuführen, auf validierte Instrumente der Lebensqualität auszuweichen. Diesbezüglich muss jedoch die Problematik berücksichtigt werden, dass die meisten Instrumente nicht für die

Zielgruppe „ältere und hochaltrige Menschen, die pflegeabhängig sind“ entwickelt worden sind (Vaarama et al. 2008).

In der letzten Zeit sind jedoch einige neue Instrumente zur Messung von Lebensqualität für die avisierten Zielgruppen und Settings veröffentlicht worden. Dazu gehört zum einen der von Holzhausen (2008) veröffentlichte Fragebogen zur Einschätzung von Lebensqualität multimorbid erkrankter Menschen ohne kognitive Einschränkungen (kurz: FLQM). Dieses neu entwickelte Instrument verbindet qualitative mit quantitativen Elementen und berücksichtigt die Möglichkeit der subjektiven Einschätzung der Lebensqualität aus der Perspektive der Betroffenen (Holzhausen et al. 2009). Die Ziele dieses Instrumentes sind, den Bedürfnissen und Fähigkeiten älterer multimorbid erkrankter Menschen gerecht zu werden, kurz und verständlich zu sein und die objektiv eingeschränkten, aber subjektiv stark diversifizierten Lebenswelten der Zielgruppe zu berücksichtigen. In diesem Fragebogen wird Lebensqualität als rein subjektive Größe konzipiert. Das Instrument soll dazu dienen, zusätzliches Wissen über das Wohlergehen älterer multimorbid erkrankter Menschen zu erlangen (Holzhausen 2009).<sup>13</sup> In diesem Fragebogen benennt die befragte Person selbst diejenigen Lebensbereiche, die zur Beurteilung der Lebensqualität herangezogen werden sollen. Mit anderen Worten, die befragten Personen haben die Aufgabe, eine bestimmte Anzahl von Bereichen zu benennen, die für sie im Hinblick auf aktuelle Erkrankungen und Situationen besondere Bedeutung besitzen und diese dann zu bewerten und zu gewichten.<sup>14</sup> In einer Studie wurde das Instrument geprüft und sowohl hinsichtlich der Gütekriterien als auch der Praktikabilität und Aussagekraft als anwendbar und sinnvoll für die avisierte Zielgruppe bewertet. Zu prüfen ist, ob das von Holzhausen entwickelte Instrument zur Messung von Lebensqualität multimorbider älterer Menschen ohne kognitive Einschränkungen (FLQM) für die Settings stationäre und ambulante Langzeitpflege und für pflegeabhängige Personen geeignet ist (Holzhausen et al. 2009; Holzhausen 2009). Ein Vorteil dieses neu entwickelten Fragebogens ist, dass er explizit für multimorbid erkrankte Menschen auf einer differenzierten theoretischen Grundlage

---

<sup>13</sup> In diesem Zusammenhang wird „erfolgreiches Altern“ als Synonym für hohe Lebensqualität betrachtet. Nach diesem Verständnis schafft es ein Mensch, seine Ziele zu selektieren, die Mittel zur Zielerreichung zu optimieren und vorhandene Defizite zu kompensieren. Vor diesem Hintergrund ist „erfolgreiches Altern“ nur in individuellen Zusammenhängen zu verstehen und zu bewerten und die jeweils positiven und negativen Ausprägungen sind überwiegend aus der Perspektive und im Erleben der betroffenen Person zu bewerten. Objektive Beurteilungen sind nur begrenzt möglich (Holzhausen 2009).

<sup>14</sup> Da die Nennung von Bereichen möglicherweise zu Überforderungen bei den befragten Personen führen kann, wird als Anregung eine Liste mit Bereichen und Themen vorgelegt, aus denen die Personen etwas wählen bzw. an die sie sich orientieren kann (Holzhausen 2009).

## Diskussion der Ergebnisse

entwickelt worden ist und somit die Schwächen bisheriger Lebensqualitätsfragebögen, die überwiegend gesunde ältere bzw. selbständig ältere Menschen in den Mittelpunkt rücken, kompensiert und die subjektive Perspektive der Betroffenen systematisch angemessen berücksichtigt.

Ein weiteres mögliches Instrument ist das von Vaarama et al. (2008; 2009) entwickelte Instrument zur Messung der pflegebezogenen Lebensqualität (care-related quality of life). Das Instrument basiert auf einem differenzierten theoretischen Modell unter Berücksichtigung der bisherigen Publikationen und Forschungsergebnisse zu Qualität und Lebensqualität und bezieht die Ebenen Strukturen, Prozesse und Ergebnisse in den Dimensionen „Kunden“, „Professionen“ und „Management“ mit ein (Vaarama et al. 2008). Dieses Instrument ist auf europäischer Ebene entwickelt und im ambulanten wie stationären Bereich getestet worden. Die Ergebnisse zeigen unter anderem, dass die Lebensqualität aus der Perspektive der Betroffenen nicht so sehr im Zusammenhang mit Alter, Geschlecht, Gesundheit oder Einschränkungen der Funktionsfähigkeiten im Zusammenhang steht, sondern vielmehr damit, wie auf die pflegebezogenen Bedürfnisse in den Settings eingegangen wird. Die Ergebnisse dieses Forschungsprojektes legen den Schluss nahe, dass je bewohner-/ kundenbezogener die Pflege durchgeführt wird, desto bessere Ergebnisse in den Pflegeoutcomes erzielt werden (Vaarama et al. 2008b). Des Weiteren wird in diesem Projekt ein Zusammenhang zwischen professionsbezogenen Kriterien und subjektiver Lebensqualität sichtbar (wie bspw. umfassende Assessments, ziel-orientierte Pflegepläne basierend auf Bedarfen und Bedürfnissen, Schmerzmanagement, Sturzpräventionsprogramme, Einbezug der Betroffenen und Angehörigen während des ganzen Pflegeprozesses, gute Dokumentation). Auch die Qualität des Managements beeinflusst offensichtlich die subjektive Lebensqualität, sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich (Vaarama et al. 2008b). Der Vorteil dieses Instrumentes ist, dass es auf einer differenzierten theoretischen und empirischen Basis die subjektive Lebensqualität der Zielgruppen mit den Ebenen der Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität kombiniert und bereits in den Settings ambulante und stationäre Pflege eingesetzt worden ist. Vor diesem Hintergrund ist überlegenswert, dieses Instrument anstatt einer nicht überprüften Zufriedenheitsbefragung einzusetzen.

Zu berücksichtigen ist, dass die meisten allgemein entwickelten Instrumente zur Messung der Lebensqualität in aller Regel nicht auf die relevante Gruppe kognitiv veränderter bzw. demenziell erkrankter Menschen fokussiert sind. Demenzerkrankte Personen gehören zu den Gruppen in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung, die durch eine besondere Vulnerabilität gekennzeichnet sind. Diese Vulnerabilität kann zu „prekären Versorgungsszenarien und Benachteiligungen hinsichtlich Information, Zugang, vorgehaltenen Angebotsspektrum und Qualität der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung“ führen (Görres & Hasseler 2008). Bislang sind Ansätze zur Messung der Lebensqualität demenziell erkrankter Menschen methodisch schwierig und häufig auf den Schwerpunkt Verlust der Kognition fokussiert (Sixsmith et al. 2008). Es ist empfehlenswert, angemessene für Demenzerkrankte entwickelte Instrumente einzusetzen. Hierbei ist zudem die Problematik zu berücksichtigen, dass aufgrund kognitiver Einschränkungen der zu Befragenden oft keine Selbsteinschätzung zur Lebensqualität mehr möglich ist und auf (vergleichbare) Proxy-Messungen ausgewichen werden muss. Instrumente zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität fokussieren dabei auf unterschiedliche Bereiche. So konstatieren Gertz & Berwig (2008:1023): „In Bezug auf Demenzerkrankungen können von daher zwar „activities of daily living“ (ADL) als ein wichtiger objektiver Indikator von Lebensqualität gelten, relevant für das psychologische Wohlbefinden (subjektiver LQ-Indikator) ist allerdings die subjektive Bewertung des eigenen Funktionsniveaus.“

Hinzu kommt, dass viele Instrumente zur Messung von Lebensqualität für demenziell erkrankte Personen nur für ein definiertes Setting entwickelt wurden und dementsprechend in ihrer Anwendung beschränkt sind. Einen Überblick zur Problematik der Erfassung von Lebensqualität bei demenzerkrankten Personen sowie dazu zur Verfügung stehende Instrumente liefern beispielweise die Übersichtsarbeiten von Ettema et al. (2005) oder Gertz & Berwig (2008).

Möglich ist zum einen das pflegebezogene Instrument zur Qualitätsmessung für Demenzerkrankte heranzuziehen, das in sechs Ländern im stationären und ambulanten Setting erprobt worden ist (Sixsmith et al. 2008), oder aber das Instrument QOL-AD (Logsdon et al. 2002), das eines der wenigen Instrumente ist, welches sich sowohl für den Einsatz im institutionellen wie auch im ambulanten/

häuslichen Setting eignet. Zum anderen sollten die Ergebnisse des Projektes des MDS abgewartet werden, das eine verkürzte Version des in Heidelberg entwickelten Instrumentes „H.I.L.D.E“ für diese Zielgruppe im institutionellen Setting derzeit evaluiert.

## **5.6 Interviews der GfK mit ausgewählten Zielgruppen**

Ein zentrales Problem der Wahl eines individuell geeignet erscheinenden Pflegeangebotes ist das Problem der Entscheidungsunsicherheit, die insbesondere im Bereich personenbezogener Dienstleistungsangebote Entscheidungen anhaftet. Viele Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität sind erst retrospektiv beurteilbar und ihre Folgen für die Verbraucher ggf. irreversibel. Mit der Veröffentlichung von Qualitätsberichten und Webseiten wird demgegenüber eine Erhöhung der Entscheidungssicherheit und somit eine Erleichterung der Entscheidungsfindung für potentielle Nutzer ambulanter und stationärer Pflegeangebote intendiert.

Trotz begrenzter praktischer und empirischer Kenntnisse im Hinblick auf die Relevanz von Qualitätsinitiativen in Bezug auf den Entscheidungsfindungsprozess von Verbrauchern für ein bestimmtes Pflegeangebot im internationalen und insbesondere im deutschsprachigen Raum gibt es in der zugrunde gelegten Literatur sowie in den GfK-Interviews Anhaltspunkte darüber, wie Qualitätsberichte und Webseiten gestaltet sein sollten, um deren Einfluss sowie den aktiven Einbezug in die Entscheidungsfindung auf die Verbraucher zu erhöhen. In Bezugnahme auf diese Forschungsergebnisse (vgl. Kapitel 2.1 und Kapitel 2.2) kann als zentrale Aufgabe für diesen Diskussionspunkt die Frage formuliert werden, welche Bedürfnisse und Erwartungen Verbraucher im Hinblick auf Qualitätsberichte und Webseiten haben und welche Informationen sie benötigen, um Entscheidungen treffen zu können.

Die nachfolgende Diskussion und daraus resultierenden Vorschlägen zur Strukturierung und Gestaltungsmöglichkeiten von Qualitätsberichten und Webseiten basieren in erster Linie auf den GfK-Interviews (vgl. Kapitel 4.2) sowie der durchgeführten systematischen und internationalen Literaturrecherche (vgl. Kapitel 2). Die nachfolgende Darstellung soll differenziert nach (I.) Rahmenbedingungen der Umsetzung, (II.) Verbraucherinteressen und Inhalten sowie (III.)

Gestaltungsmöglichkeiten der Qualitätsberichte und der Webseiten erfolgen. Ein abschließender Punkt (IV) soll die Möglichkeit der Komplexitätsreduzierung durch den Einsatz von Entscheidungshilfen thematisieren.

Zu berücksichtigen ist, dass die Interviews im Zeitraum vom **11. Januar 2010 bis 15. Januar** in Form von persönlichen Tiefeninterviews von der GfK durchgeführt wurden. Des Weiteren wurde nur ein Webportal ([www.pflegelotse.de](http://www.pflegelotse.de)) für die Interviews zugrundegelegt. Das heißt, in den Interviews wurde das Augenmerk auf eine Informationsquelle gelegt und dazu Fragen an die Interviewten gestellt. Auch ist nicht bekannt, welche Kriterien für die Auswahl der Interviewteilnehmern/-innen zugrundegelegt wurden. Da die Gesellschaft für Konsumforschung ein Marktforschungsinstitut ist, ist anzunehmen, dass weniger explorative Erkenntnisinteressen im Sinne der qualitativen Forschung den Fragen der Tiefeninterviews zugrundelagen. Insgesamt geben die Aussagen nur Hinweise auf ein Webportal. Des Weiteren können keine Aussagen darüber getroffen werden, ob die Transparenzberichte den Informationsbedürfnissen der Zielgruppen entsprechen sowie ob sie in der Tat die Entscheidungsfindungen in der Wahl der Dienste und Einrichtungen steuern.

Erkenntnisse aus dem internationalen Raum (vgl. Kapitel 2.1 und Kapitel 2.2) weisen daraufhin, dass befragte Personen mögliche Präferenzen in einer Situation konstruieren, wenn sie von der Notwendigkeit der Entscheidung im Moment der Befragung nicht betroffen sind. In den Situationen möglicher Entscheidungen fallen Entscheidungen häufig anders aus. Aus diesem Grunde müssen Aussagen über potenzielle in Zukunft gerichtete Situationen vorsichtig interpretiert werden.

### **5.6.1 Relevanz und Bedeutung der Transparenzberichte für Verbraucher**

Auch wenn in den GfK-Interviews deutlich wird, dass der Veröffentlichung von Qualitätsinformationen allgemein eine hohe persönliche und gesellschaftliche Relevanz zugeschrieben wird, so ist der **Bekanntheitsgrad der Berichte** und Webseiten bisher bei den Verbrauchern als eher **gering einzuschätzen**. Den Aussagen der befragten Mitarbeiter der Pflegestützpunkte zufolge, stellen die Berichte bisher auch noch keine zentrale Informationsquelle in der Beratung dar, da

die Nachfrage nach den Berichten bisher nicht groß sei und sich der Umgang mit den Berichten in der Arbeit bisher noch nicht kultiviert zu haben scheint.

In den USA, in denen seit ein paar Jahren über die Qualitätsergebnisse der ambulanten und stationären Langzeitpflege berichtet wird, zeichnet sich derzeit das Bild ab, dass Gesundheitsprofessionen, die für die Entlassungsplanung von Patienten in den Krankenhäusern zuständig sind, die häufigsten Nutzer sind (Mor 2007). Gründe für die mangelnde Nutzung der Verbraucher werden in den nicht ausreichend vorhandenen Erfahrungen mit entsprechenden Webseiten vermutet. Ein anderer Grund wird darin vermutet, dass die US-Bürger sich möglichst so lange nicht mit dem Thema Langzeitpflege und Anbieter beschäftigen wie sie davon nicht betroffen sind (Stevenson 2006; Mor 2007). Auf Grund selektiver Wahrnehmungsprozesse ist zudem davon auszugehen, dass Qualitätsberichte in erster Linie bei Bevölkerungsgruppen auf Interesse stoßen werden, die bereits mit einschlägigen Fragen in Kontakt gekommen sind oder sich aktuell auf der Suche nach einer Pflegeeinrichtung befinden. Schwierig könnte es sich demnach gestalten, dass Interesse von Personengruppen zu wecken, für die das Thema Pflegebedürftigkeit aktuell keine Rolle spielt. Auch weisen Publikationen aus den USA darauf hin, dass das Interesse der Öffentlichkeit nach einem längeren Zeitraum nachlässt. Dies wird damit begründet, dass diese eher auf aktuelle Informationen reagiert (Marshall et al 2003). Daher erscheint eine kontinuierliche Veröffentlichung bzw. Bekanntmachung von Qualitätsinitiativen und deren Zielen eine wesentliche Strategie in der Erhöhung des Bekanntheitsgrades von Qualitätsberichten zu sein. Sollen die Qualitätsberichte einen möglichst hohen Bekanntheitsgrad erzielen, erscheint es demnach sinnvoll, dass die Berichte und Webseiten gezielt über eine hohe Medienpräsenz (Interviews, Reportagen etc.) publik gemacht werden.

In den GfK-Interviews zeigt sich, dass Verbraucher insbesondere über Fernsehberichte bereits Kenntnis über Qualitätsinitiativen im Pflegebereich gewonnen haben, wobei eher negative Berichterstattung erinnerbar zu sein scheint, was sich auch mit Erfahrungen aus der einschlägigen Literatur decken würde. Die Kommunikation der Nützlichkeit von Qualitätsinformationen sollte allerdings mit handlungsleitenden Informationen kombiniert werden, also mit der Frage: „Was mache ich mit den Informationen?“ oder „Was bedeutet das für meine Person?“, d.h.

Informationen müssen mit handlungsleitenden Informationen kombiniert werden und eine möglichst leichte Personalisierung der abstrakten Informationen zu ermöglichen. Sinnvoll erscheint dies vor dem Hintergrund des Literaturstandes, in dem sich zeigt, dass Qualitätsinformationen zwar eine hohe Relevanz auf einer theoretischen Ebene besitzen, häufig aber in der Praxis keine Wirkung zu entfalten scheinen (Vaiana 2002).

Die Aussagen der Interviewteilnehmer aus den GfK-Interviews beziehen sich in erster Linie auf die Frage der Glaubwürdigkeit der Beurteilungen und der Glaubwürdigkeit des MDK als Prüfinstanz. Vermutlich auch im Hinblick auf die von den Interviewten wahrgenommene große Spanne, insbesondere der **Gesamtnote** und der **Teilnoten**, bringen viele Befragte mit ihren Aussagen eine gewisse Skepsis gegenüber den Beurteilungen zum Ausdruck. Die **Glaubwürdigkeit des MDK als Prüfer** scheint den Aussagen der überwiegenden Zahl der Befragten zufolge allerdings **unbestritten**. Wie an späterer Stelle noch beschrieben werden soll, erwarten die Interviewten größere Transparenz in Bezug auf die Institution des MDK mit seinen Aufgaben, Zielen etc. Wichtige Punkte, die aus Sicht der Befragten ergänzt werden sollten, beziehen sich z.B. auf den Ablauf der Prüfung vor Ort (vgl. Kapitel 4.2.2).

Um als verlässliche Entscheidungshilfe für Verbraucher im Sinne des Gesetzgebers fungieren zu können, ist es unerlässlich, dass die in den Qualitätsberichten präsentierten Informationen glaubwürdig und verlässlich sind und dies den Verbrauchern auch entsprechend kommuniziert wird (Werner & Asch 2005). Diese Glaubwürdigkeit und Verlässlichkeit der präsentierten Daten begründet sich speziell im Falle von Pflegeangeboten damit, dass wesentliche Elemente der Prozess- und Ergebnisqualität, falls dies überhaupt möglich ist, erst nach Inanspruchnahme der Leistung beurteilt werden können. Selbst Informationen zur Strukturqualität sind für die Verbraucher nur unter erheblichem Aufwand prüfbar – ein Aufwand, der der Idee der Entscheidungserleichterung durch Qualitätsberichte gegenüber steht.

Obwohl in den USA die Qualitätsberichte und -veröffentlichungen zunehmend patienten- und outcomefokussierter geworden sind, gibt es wenig Evidenz, dass die Entscheidung der Patienten davon beeinflusst wird, wie sie ihre



Gesundheitsversorgung wählen. Patienten stellen bspw. die Herkunft und damit Unabhängigkeit der Daten oder die Messmethoden in Frage, die zur Benotung oder zum Ranking führen. Werner & Asch (2005) führen als Probleme für Verbraucher an, dass sie oftmals die Sprache in den Berichten nicht verstehen oder nicht wissen, welche Qualität Indikatoren abbilden sollen. Missverständnisse sind dieser Veröffentlichung zur Folge eher bei sozioökonomisch schwächer gestellten Schichten zu finden.

Zusammenfassend kann konstatiert werden, dass sich in den **GfK-Interviews** zeigt, dass die Einführung von Qualitätsberichten über ambulante und stationäre Pflegeangebote von nahezu **allen Befragten als nützlich** für die eigene Entscheidungsfindung empfunden wird. Dieser positiven Aufnahme von Qualitätsberichten im Allgemeinen steht allerdings der bisher **geringe Bekanntheitsgrad** der Berichte und der Webseite gegenüber.

Auch in der **Beratung** stellen die Berichte noch **keine zentrale Informationsquelle** dar, weil die Nachfrage nach den Berichten von Seiten der Verbraucher aufgrund des geringen Bekanntheitsgrades bisher noch gering ist und sich der Umgang mit den Berichten in der täglichen Arbeit der Beratung demnach noch nicht kultivieren konnte.

Die Berichte scheinen vor **allem für Laien** das Potenzial zu haben, die Suche nach Informationen zu verbessern und ermöglichen aus Sicht der Befragten eine Vorauswahl, anhand derer Einrichtungen, die bestimmte Risikomerkmale aufweisen, herausgefiltert werden können. Diese Vorauswahl wird dann in erster Linie durch die **persönliche Kontaktaufnahme** mit den in Frage kommenden Pflegeeinrichtungen oder Personen, die Kenntnis über die Einrichtung haben, ergänzt. In den Interviews werden die Berichte von den Befragten in erster Linie als einer der ersten Schritte in der persönlichen Entscheidungsfindung eingeordnet – kein Bericht könne aus Sicht der Befragten das persönliche Erleben, die Atmosphäre vor Ort bzw. den eigenen Eindruck der Einrichtung ersetzen (vgl. Kategorie „Vor Ort ein eigenes Bild machen“). Barrieren der Nutzung sind derzeit noch darin zu sehen, dass die Berichte nicht flächendeckend zur Verfügung stehen oder für Mitbürger mit Migrationshintergrund u.U. nicht verständlich.

Neben dem **Zugangsweg** über das **Internet** sollten die Berichte auch über **andere genannte Zugangswege** möglichst unkompliziert beziehbar sein. Der **MDK als Prüfinstanz** wird von den Befragten **positiv** im Hinblick auf seine **Glaubwürdigkeit** aufgenommen. Eine zentrale Rahmenbedingung der Umsetzung ist in der Güte des Prüfverfahrens zu sehen, die entsprechend zu prüfen und ggf. anzupassen ist.

### 5.6.2 Interessen der Verbraucher

Ob von Qualitätsberichten und Webseiten tatsächlich eine Wirkung ausgeht, lässt sich abgesehen von Rahmenbedingungen der Umsetzung und den Gestaltungsmöglichkeiten nicht unabhängig von der inhaltlichen Ausgestaltung unter Berücksichtigung der Verbraucherinteressen diskutieren. Für die Realisierung einer maximalen Funktionsfähigkeit ist es von entscheidender Bedeutung, welche Informationen durch die Berichte transportiert werden, d.h. was eigentlich veröffentlicht wird. Die in den GfK-Interviews herauskristallisierten Verbraucherinteressen können als Ausgangspunkte für inhaltliche Fragen der Qualitätsberichte und Webseiten genutzt werden. Die zentrale Frage dieses Unterpunktes lautet daher: Welche Interessen haben Verbraucher bzgl. der inhaltlichen Gestaltung der Qualitätsberichte und Webseiten und welche nicht?

In der Analyse der Daten zeigt sich, dass die Verbraucher an bestimmte Themen besonderes Interesse zeigen, die möglicherweise von den fachlichen Kriterien bzw. die aus fachlicher Sicht als wichtig betrachteten Kriterien abweichen:

● **Kosten:** Kosten sind als ein Hauptkriterium für oder gegen die Inanspruchnahme eines Pflegeangebots anzusehen. Ein häufiger Kritikpunkt im Hinblick auf die Qualitätsberichte sind fehlende oder unvollständige Angaben in Bezug auf entstehende Kosten. Die Befragten wünschen sich in erster Linie Auskunft über den zu leistenden Eigenanteil, den Bezug zu Pflegestufen sowie detaillierte Angaben bzgl. des Preis-Leistungs-Verhältnisses. Als Vorschläge für alternative Darstellungsmöglichkeiten werden angeführt:

- Eine differenzierte Darstellung des Preis-Leistungsverhältnisses,
- das Anführen von Durchschnittspreisen als Vergleichsmaßstab,
- das Einrichten eines Preisrechners wie auf der Webseite der AOK (Errechnen des Eigenanteils)

Die Einrichtung eines Preisrechners, der es erlaubt, flexibel nach eigenen Bedürfnissen entstehende Kosten zu errechnen, scheint neben den potentiellen Verbrauchern auch für Mitarbeiter von Beratungsstellen eine sinnvolle Ergänzung bei der Informationssuche darzustellen.

- **Alltags- und Freizeitgestaltung:** In den GfK-Interviews wird der Wunsch der Befragten nach ausführlichen Informationen bzgl. der Alltagsgestaltung (Tagesablauf), Betreuungsmöglichkeiten sowie der Freizeitangebote deutlich. Eine Literaturanalyse, die sich mit der Frage beschäftigt, welche Qualitätskriterien aus Sicht von Bewohnern und Angehörigen relevant sind, ergänzt diese Angaben sinnvoll (Josat et al. 2006): Für Bewohner sind dieser Analyse zur Folge zwei Gruppen von Qualitätskriterien zentral: einerseits solche, die sich auf die autonome Ausgestaltung ihrer Lebensführung beziehen, andererseits Kriterien, welche die selbständige Gestaltung sozialer Kontakt und Beziehungen ermöglichen. Im Gegensatz dazu erwähnen Angehörige im besonderen Maße Qualitätskriterien, welche die Qualität der Versorgung und die Ausstattung und Struktur der Institution betreffen. Aus der Perspektive der Angehörigen ist es am wichtigsten, dass sich der Bewohner wohl fühlt.

- **Versorgungsformen:** Die meisten Interviewteilnehmer sehen in der Angabe der Versorgungsformen einer Einrichtung einen Nutzen für ihre Entscheidungsfindung. Von Interesse sind hier Spezialisierungen/ Schwerpunkte der Angebote (z.B. Demenz, Dialyse) sowie Details in Bezug auf die pflegerische Versorgung. Hauptinteressen beziehen sich auf Fragen nach dem Umfang des pflegerischen Angebotes, dem zur Verfügung stehenden Zeitrahmen sowie auf die Frage der Häufigkeit, das Angebot in Anspruch nehmen zu können. Auch Informationen bzgl. der ärztlichen Betreuung werden als wichtig erachtet: Zu welchen Ärzten bestehen z.B. Kooperationen, kann der Kontakt zum Hausarzt aufrechterhalten werden.

- **Ausstattung und Wohnlichkeit:** Die Befragten wünschen sich häufig konkrete Angaben bzgl. der räumlichen Ausstattung vor Ort. Als Beispiele hierfür seien genannt: Die Zimmereinrichtung, Möblierung bzw. die Möglichkeit, eigenes Mobiliar mitzubringen. Weiterhin bezieht sich das Interesse auf Strukturdaten in diesem Bereich auf die folgenden Aspekte: Kapazität von Plätzen und freien Plätzen sowie

das Angebot von Einzel- und Doppelzimmern. Auch das Mitbringen eigener Haustiere wird von einigen Befragten als wichtiges Kriterium in diesem Bereich genannt.

- **Persönliche Zuwendung und Kommunikation:** Der persönlichen Zuwendung und Kommunikation wird zunächst von den Befragten ganz allgemein eine hohe Bedeutung bei der Auswahl eines Pflegeangebotes zugemessen. Ein Problem, das von den Befragten thematisiert wird, ist allerdings darin zu sehen, dass die zwischenmenschliche Beziehung, hier z.B. in Form von Zuwendung und Kommunikation, durch ein Dokument nicht 1:1 abgebildet werden kann, da personenbezogene Dienstleistungen durch das Merkmal der Ko-Produktivität gekennzeichnet sind, d.h. es besteht eine Beziehung zwischen Anbieter und Nutzer, die von beiden Seiten gestaltet wird. Anzumerken sei an dieser Stelle allerdings, dass aufgrund der speziellen Merkmale von pflegerischen und medizinischen Prozessen hier nicht davon ausgegangen werden kann, dass diese Beziehung symmetrisch ist. Sinnvoll erscheint hierbei in einem den Bericht einführenden Text zu schildern, dass **ein Bericht keinen Eindruck vor Ort ersetzen kann**, wie es in der Kategorie „Vor Ort ein Bild machen“ bereits deutlich geworden ist.

Die Frage, welche Merkmale der persönlichen Zuwendung und Kommunikation in den Berichten abgebildet werden können bzw. sollen bleibt daher zunächst offen. Indikatoren, die entsprechend dieser Kategorie „Persönliche Zuwendung und Kommunikation“ als Operatoren dienen können, müssen anhand einer theoretischen Grundlage eines Kommunikations- bzw. Pflegemodells entwickelt werden. Von den Befragten werden insbesondere die Begriffe „**Freundlichkeit**“ und „**Zuverlässigkeit**“ als relevante Kategorien dieses Bereiches genannt. Besonders schwierig scheint in diesem Bereich auch die Erhebung ausgewählter Aspekte, wie es in dem Abschnitt der Möglichkeiten der Kundenbefragung noch zu thematisieren ist.

- **Personalschlüssel und Qualifikation:** Viele der Befragten bringen zum Ausdruck, dass sie sich ausführliche Informationen bzgl. des betreuenden Pflegepersonals wünschen. Die Befragten äußern ihr Interesse an Informationen bzgl. des Personalschlüssels (Betreuungsverhältnis) sowie der Qualifikation des

Pflegepersonals. Unter dem Begriff der Qualifikation werden hierbei in erster Linie Aus-, Fort- und Weiterbildungen sowie Spezialisierungen des Personals verstanden.

- **Erreichbarkeit und Nähe zum Wohnort:** Viele Befragte geben an, mit dem aktuellen Wohnort „verwurzelt“ zu sein und scheinen daher ihre Suche auf den näheren Umkreis (ca. 10 km) ihres aktuellen Wohnortes zu konzentrieren. Auch die Autoren Mukamel & Spector geben an, dass Verbraucher im Regelfall am Vergleich von Einrichtungen interessiert seien, die in enger geografischer Nähe zueinander liegen (Mukamel & Spector 2003). Passend hierzu signalisieren die Befragten beispielsweise wenig Interesse an der „Bedeutung des Landesdurchschnitts“ mit der Begründung, sich auf die regionale Suche konzentrieren zu wollen. Auch Angehörige favorisieren Pflegeangebote in der Nähe ihres Wohnortes, um lange Fahrtstrecken vermeiden zu können sowie die Anbindung zu öffentlichen Verkehrsmitteln für die Bewohner. Die hinzugefügte Landkarte wird von den Befragten sehr positiv aufgenommen. Der Lage der Einrichtung wird auch im Hinblick auf die Mobilität der Bewohner eine wichtige Rolle zugeschrieben. Es sollten daher Möglichkeiten für die Verbraucher geschaffen werden, sich gezielt innerhalb ihres derzeitigen Wohnortes über Pflegeangebote informieren zu können, was z.B. eine einfache und korrekte Funktion der Funktion „Entfernungsangabe“ auf der Webseite erforderlich macht, was an späterer Stelle Erwähnung finden soll. Eine Mitarbeiterin eines Pflegestützpunktes weist der Arbeit in den Bezirken eine große Rolle bei der Entscheidungsfindung zu, was erneut mit der Kategorie „Vor Ort ein eigenes Bild machen“ in Verbindung gebracht werden kann.

- **Gesamtnote und Teilnoten:** Viele der Befragten nehmen eine enorme Spanne zwischen der Gesamtnote und den Teilnoten wahr und äußern sich diesem Verhältnis gegenüber sehr kritisch. Viele Befragte geben an, dass sie gute Gesamtergebnisse bei schlechten Teilnoten stören. Diese Addition von Teilnoten aus verschiedenen Teilbereichen scheint bei den Befragten eher zu einer Verringerung der Verständlichkeit des Prüfverfahrens zu führen, da man nun nicht mehr wisse, was sich hinter der Gesamtnote verberge. Empirische Studien beschäftigen sich ebenfalls mit diesen Fragen: Diese Studien zeigen, dass Gesamtbewertungen irreführend sein können. Aggregierte Kennzahlen verschleiern die Tatsache, dass die Leistung einer Einrichtung zwar in einigen Aspekten der Hauswirtschaft (z.B. Qualität

des Essens) sehr gut sein kann, in anderen Aspekten aber (z.B. Reinigung) sehr schlecht. Es wird faktisch unterstellt, dass alle Aspekte für den Nachfrager von gleicher Bedeutung sind. Gerade wenn die einer aggregierten Kennzahl zu Grunde liegenden Einzelbewertungen der Indikatoren nicht explizit ausgewiesen werden, besteht die Gefahr, dass die Nachfrager zu „predetermined tradeoffs that may not be in line with their preferences“ gezwungen werden (Mukamel & Spector 2003).

Viele der Befragten scheinen daher den **Detailergebnissen** eine **größere Bedeutung zuzumessen** als der **aggregierten Gesamtnote**. Dieses Verhalten ist insofern positiv zu bewerten, da durch diese Fokussierung auf interessierende Einzelergebnisse durchaus Aufschlüsse darüber zu erwarten sind, wie gut eine Einrichtung auch den Anforderungen eines individuellen Pflegebedürftigen gerecht wird. Dies setzt jedoch voraus, dass die Pflegebedürftigen bzw. ihre Angehörigen ein besonderes Augenmerk auf diejenigen (aggregierten) Indikatoren richten, die in Bezug auf die speziellen Bedürfnisse der einzelnen Pflegebedürftigen von besonderer Relevanz sind. Binden sie ihre Entscheidung jedoch an eine generalisierte Gesamtbewertung, ist dies nicht möglich.

**Wünsche der Befragten** beziehen sich auf die **Notwendigkeit einer Gewichtung der Noten**, es sei **nicht möglich alle Kriterien gleichrangig** zu beurteilen und alle gleichwertig untereinander ausgleichen zu können. Die Mitarbeiterin eines Pflegestützpunktes weist darauf hin, dass ersichtlich sein sollte, was die einzelne Note bedeutet, eine Legende könnte aus ihrer Sicht hier Abhilfe schaffen.

Notwendig erscheinen demnach eine **Erklärung der vier Qualitätsbereiche** sowie **die Prüfung von Gewichtungsmöglichkeiten** und weiterer alternativer Berechnungsmöglichkeiten bei der Notenbildung. Wie u.a. die Kategorien „Lesbarkeit“ oder „Gesamtnote und Teilnoten“ bei der Interviewauswertung erbrachten, bestehen in diesem Bereich Verständnisprobleme, die einen negativen Einfluss auf die Glaubwürdigkeit und Nachvollziehbarkeit der präsentierten Informationen haben können. Die Sinnhaftigkeit der Arbeit mit Gesamtnoten sollte diskutiert werden.

- **Landesdurchschnitt:** Die Darstellung des Landesdurchschnitts spielt für die Befragten eine untergeordnete Rolle, da vor allem die räumliche Nähe zum bisherigen Wohnort relevant für die Wahl eines geeigneten Pflegeangebotes zu sein scheint (vgl. `Erreichbarkeit und Nähe zum Wohnort`). Vereinzelt wird in der Darstellung des Landesdurchschnittes der Vorteil gesehen, einen Vergleichswert anzubieten, mit dem die jeweilige interessierende Einrichtung verglichen werden könne. Auf Grund der Interviewergebnisse erscheint daher die Frage nach der Sinnhaftigkeit des Anführens eines Landesdurchschnittes angebracht.

- **Nachvollziehbarkeit des Beurteilungsverfahrens:** Sowohl die Institution „MDK“ als auch der Prozess des Beurteilungsverfahrens werfen bei den Befragten Fragen auf. Das Verständnis des MDK als Organisation und dessen Aufgaben und Ziele scheinen einen enormen Einfluss auf die Nachvollziehbarkeit und somit auf die Verständlichkeit des Beurteilungsverfahrens zu nehmen. Mehreren Befragten wird bei der Betrachtung der Berichte nicht ersichtlich, dass der MDK Urheber der Prüfergebnisse ist. Häufig erscheint es nicht deutlich zu werden, welche Kriterien oder Fragen sich hinter den Noten verbergen, was das Verständnis des Beurteilungsverfahrens deutlich einzuschränken scheint. Die Verwendung des **Schulnotensystems als Orientierungshilfe** wird im **Allgemeinen als positiv** betrachtet, auch wenn nur **vereinzelt** hierzu Aussagen getroffen werden. Aufgrund des vielfach geäußerten Wunsches der Befragten, **Informationen über den MDK** als Institution, die Ziele seiner Arbeit sowie Informationen über die MDK-Prüfung vor Ort erhalten zu wollen, sollten entsprechende Informationen möglichst per Link auf der Webseite zur Verfügung stehen. Die Verlinkung eignet sich, da der Umfang von den Befragten bereits als grenzwertig beschrieben wird und eine Vergrößerung des Umfangs daher abgewogen werden sollte.

- **Verschiedene Prüfer:** Die Notwendigkeit einer zusätzlichen Prüfung der Pflegeeinrichtungen wird von der Mehrheit der Befragten nicht angeführt, da das Vertrauen in die Unabhängigkeit und Güte des MDK als prüfender Instanz gegeben zu sein scheint. Die Mehrzahl der Befragten äußert sich sogar eher negativ im Hinblick auf eine Ausweitung des Prüfverfahrens durch eine zweite Prüfinstanz. Ein Problem, mit dem die Befragten nicht genau wissen, wie damit umzugehen ist, sind die Ergebnisse eines weiteren Prüfverfahrens. Häufig wird bei den Aussagen die

Problematik deutlich, dass diese Maßnahme eher zu einer Verwirrung bei den Befragten und somit einer Verkomplizierung des Entscheidungsprozesses führen könnte, da jetzt zusätzlich nachvollzogen werden müsste, welche Institution hinter der zweiten Instanz steckt und welche Ziele diese verfolge. Den Aussagen der Befragten zur Folge, wird dem **MDK eine große Sachkenntnis und Kompetenz** in Bezug auf das Prüfverfahren zugeschrieben, so dass die Frage aufkommt, ob es einen positiven Effekt auf die Vergleichbarkeit hätte, einen zusätzlichen Prüfer einzubeziehen, da den Befragten möglicherweise **kein Kriterium zur Verfügung steht, nach dem sie die ggf. unterschiedlichen Beurteilungen vergleichen könnten**. Einige Befragte weisen darauf hin, dass sie es an Stelle des Einbezugs einer weiteren Prüfinstanz vorziehen würden, wenn der MDK häufiger prüft. Für den Fall, dass eine weitere Prüfinstanz in das Verfahren einbezogen werden sollte, weisen die Befragten besonders auf die Bedeutung der Unabhängigkeit einer Instanz hin sowie die Möglichkeit einer Instanz Veränderungen bei den Pflegeeinrichtungen einfordern zu können. Weiterhin legen die Befragten Wert auf eine Vergleichbarkeit der Prüfverfahren sowie auf die Sachkenntnis der prüfenden Instanz.

- **Bedeutung der Kundenbefragung:** Der Großteil der Befragten steht der Befragung der Kunden sehr kritisch gegenüber, da die Aussagen der Kunden von Faktoren abhängig seien, die diese Aussagen beeinflussen könnten. Eine häufig angesprochene Problematik im Hinblick auf die Befragung der Kunden wird von den Befragten in deren **Abhängigkeitsposition** vermutet. Besonders im Hinblick darauf, dass die Fremdeinschätzung und die Kundenbefragung sehr stark differieren, wird eine Abhängigkeit der Kundenbefragung unterstellt. Häufig wird die aus Sicht der Befragten zu **geringe Anzahl der Befragten** kritisiert, die dazu führe, dass diese Ergebnisse nicht repräsentativ seien und somit die Glaubwürdigkeit der Informationen unterlaufen würde. Ersichtlich wird bei den Äußerungen der Befragten, dass einige Fragen in Bezug auf die Kundenbefragung offen bleiben. Dies betrifft z.B. die Frage, wie die Kundenbefragung vor Ort abläuft („Werden die Kunden z.B. im Beisein des Pflegepersonals befragt?“). Oftmals scheint es auch nicht deutlich zu werden, dass die Kundenbefragung nicht in die Gesamtnote eingeht. Insgesamt weist auch dieser Unterpunkt auf die Notwendigkeit hin, konkrete Angaben über das Prüfverfahren z.B. per Link einsehen zu können. Einzelne Befragte sehen aber auch **Vorteile** für ihre eigene Entscheidung im Hinblick auf die Kundenbefragung. Darüber



hinaus äußern einige Befragte den Wunsch, die **Meinung der Angehörigen** zu erfahren. Auf die Problematik der Kundenbefragung soll an späterer Stelle noch eingegangen werden. Auch wenn es Kunden u.U. leichter fällt, Zufriedenheitsbefragungen zu verstehen, sind diese Befragungen mit erheblichen Problemen in Bezug auf ihre Güte verbunden. Notwendig erscheint demnach insbesondere die erforderliche Stichprobengröße zu überdenken und Informationen über die Befragungsmethode per Link zugänglich zu machen.

- **Sich vor Ort ein eigenes Bild machen können & die Bedeutung von Erfahrungsberichten:** Die Literaturrecherche zeigt, dass sich Personen ganz offensichtlich häufig mehr von anekdotischen Berichten und Erfahrungen von Familie und Freunden leiten lassen, als von risikoadjustierten Mortalitätsraten. Auch scheinen Verbraucher häufig eher in der Lage zu sein, die Einrichtungen wiederzugeben, die schlecht abgeschnitten haben (Hibbard et al. 2005). Hibbard & Peters (2003) berichten darüber, dass ein Experiment gezeigt hat, dass Teilnehmer eines Projektes eher in der Lage waren, Informationen einzuschätzen und zu gewichten, die eine Erzählung zu einem Fall zum Inhalt hatten, als diejenigen, die nur sachliche Informationen vermittelt bekommen haben. Die Teilnehmer in der Gruppe „Erzählung/Geschichte“ konnten offensichtlich die Informationen besser verstehen, nutzen und integrieren. Weitere effektive Methoden sind Szenarien oder Anekdoten, die Informationen enthalten. Informationen, die eher in erzählerischer Form präsentiert werden, erreichen ein größeres emotionales Interesse und haben auf diese Weise einen größeren Einfluss auf die Beurteilung und Entscheidungsfindung. Auch in den Interviews zeigte sich, dass neben der Suche im Internet Informationen aus dem Freundes- und Bekanntenkreis sowie von Personen, die die Häuser bzw. Angebote „wirklich von innen kennen“ und „hinter die Fassade gucken können“ eine wichtige Rolle bei der Informationssuche zu spielen.

- **Lesbarkeit:** Die Äußerungen der Befragten weisen in erster Linie auf **drei zentrale Bereiche hin, deren Verständnis den Befragten Probleme** zu bereiten scheint. Dies ist die Verwendung von *Fachbegriffen*, *Oberbegriffen* und *Abkürzungen*.

### *Fachbegriffe*

Fachbegriffe und komplexe Formulierungen können bei fachfremden Lesern, denen diese Begriffe nicht bekannt sind, die Verständlichkeit der präsentierten Informationen vermindern. Beispiele für Begriffe, die häufig Verständnisprobleme bei den Befragten bereiten sind:

„Soziale Betreuung“ und „Alltagsbetreuung“; „Ressourcen im Bereich der Pflege“; „Kleine und große Körperpflege“; „Grundpflege“, „Erstbesuch“, „Ausbildungskosten“, „Ernährungsressourcen“, „Kontrakturrisiko“, „identifikationserleichternde Milieugestaltung“, „Medikamentenversorgung“, „Investitionskosten“ oder „vollstationär“. Einzelne Befragte äußern auch Verständnisprobleme bei den Begriffen „Pflegestufe“ oder „Dekubitus“.

Fachbegriffe sollten auf Grund der Heterogenität der Zielgruppe daher möglichst vermieden werden oder in eine laienverständliche Sprache übersetzt werden (z.B. „Steifgewordene Gelenke“ anstelle von „Kontraktur“). Bei der Webseite könnte es sich auch anbieten, bestimmte Begriffe wie z.B. „vollstationär“ mit einem Erklärungstext zu versehen.

Wichtig erscheint es für die Verständlichkeit, dass sich Verbraucher unter den Begriffen etwas vorstellen können, was erfordert, dass die Begriffe möglichst konkret sind. Mehrfache Fragen der Verbraucher deuten z.B. darauf hin, dass aus Formulierungen wie „Bewohnerbefragung“ bzw. „Befragung der Bewohner“ nicht deutlich herauszutreten scheint, welcher Art Fragen den Bewohner gestellt werden oder wie diese Befragung stattfindet. Ebenfalls problematisch könnte z.B. der Begriff „gerontopsychiatrisch veränderter Menschen“ aufgenommen werden. Nur eine Verständlichkeit ermöglicht auch eine Gewichtung der Bereiche nach den Bedürfnissen der Verbraucher (Werner & Asch 2005, Vaiana 2002). Werden Informationen nicht verstanden, werden diese tendenziell weniger betrachtet oder übersprungen (Hibbard & Peters 2003).

### *Oberbegriffe*

Sehr häufig werden Aussagen getroffen, die vermuten lassen, dass den Befragten nicht vollständig ersichtlich ist, was sich hinter den verwendeten Oberbegriffen verbirgt. Häufige Verständnisprobleme bereiten die Oberbegriffe, die sich auf die vier

Qualitätsbereiche beziehen wie z.B. *„Dienstleitung und Organisation“*. Den einzelnen Oberbegriffen sollte demnach eine kurze Erklärung beigefügt werden, warum dieser Aspekt für die Beurteilung der Pflegequalität relevant ist und was unter diesem Oberbegriff zu verstehen ist, da sich in den Interviews zeigte, dass es für Verbraucher schwierig zu sein scheint, sich unter den Oberbegriffen etwas vorzustellen. Bei dem Einsatz mehrerer zusammenhängender Begriffe wie z.B. *„Dienstleistung und Organisation“* sollte erkennbar sein, dass diese in Zusammenhang stehen. Anderenfalls sollten diese Kombination eher voneinander getrennt werden, um die Verständlichkeit für den Verbraucher zu erhöhen.

### *Abkürzungen*

Viele Aussagen beziehen sich auch auf den Einsatz von Abkürzungen, in erster Linie auf die Abkürzung *„MDK“* oder auch seltener *„VDEK“*. Eine Erklärung dieser Abkürzungen in Kombination mit einer Vorstellung des MDK erscheint unter der Berücksichtigung der Verbraucherinteressen sehr sinnvoll. Im Hinblick darauf, dass auch zum Verständnis des Beurteilungsverfahrens verständlich sein sollte, wer die prüfende Instanz ist und welche Aufgaben diese hat, scheint eine Ergänzung dieser Information sehr zentral (vgl. *„Nachvollziehbarkeit des Beurteilungsverfahrens“*).

Als eher das Verständnis der Befragten zu erschweren scheint auch die Verwendung von *Paragrafen*. Falls Paragrafen verwendet werden besteht das Problem, nicht zu wissen, was sich hinter diesen verbirgt, sodass hier erneut der Wunsch geäußert wird eine kurze Erklärung oder einen Hinweis einzufügen, wo man diese Informationen ggf. auch selbstständig nachlesen kann. Auch die Möglichkeit auf die Angabe von Paragrafen zu verzichten wird thematisiert, erscheint aber aus sozialrechtlichen Gründen an dieser Stelle weniger sinnvoll.

Ein weiteres Verständnisproblem betrifft die Angabe des Wertes „0,0“, die bei den Befragten sehr häufig zu Missverständnissen führt. Die Befragten weisen auf die Möglichkeit hin, dies z.B. durch die Aussage „konnte nicht bewertet werden“, „keine geprüften Patienten“, „keine Angaben“ oder durch einen Strich zu ersetzen.

Es kann konstatiert werden, dass die **Verbraucher an zahlreichen Informationen** interessiert sind, die vor allem **persönliche und subjektive Kriterien** betreffen und die zunächst nicht unmittelbar mit einem wie auch immer definierten

Pflegeverständnis in einem Zusammenhang steht. Die Angabe der zu leistenden Kosten spielt für die Befragten verständlicherweise eine zentrale Rolle in der Entscheidung für oder gegen die Inanspruchnahme eines Pflegeangebotes. Es können aus Sicht der **Befragten nur Angebote in die engere Wahl** kommen, die auch von ihnen **finanziert** werden können. Häufig wird der Wunsch geäußert, neben der Angabe von Kosten **ausführlichere Informationen** bzgl. der Leistung zu erhalten, die für diese Preise angeboten wird, gewünscht sind hier z.B. Information zu der Alltags- und Freizeitgestaltung. Auch die **Angabe von Versorgungsformen bzw. Schwerpunkten einer Einrichtung** spielt in der Wahl der meisten Befragten eine wichtige Rolle. Sehr wichtig sind den Befragten auch Angaben bzgl. der **Wohnlichkeit und der Ausstattung einer Einrichtung**, wie z.B. die Möglichkeit des Mitbringens eigener Möbel oder Haustiere. Die Suche nach geeigneten Pflegeeinrichtungen bezieht sich in erster Linie auf den Umkreis des derzeitigen **Wohnortes innerhalb eines Umkreises von ca. 10 km**, da die Befragten eine starke Verwurzelung mit ihrem derzeitigen Lebens- bzw. Wohnumfeld aufrecht erhalten möchten, was dafür spricht, die gezielte wohnortnahe Suche nach Pflegeangeboten zu gewährleisten. Der **persönlichen Zuwendung und Kommunikation** wird zwar eine hohe Bedeutung bei der Auswahl eines Angebotes zugemessen, allerdings bleibt die Frage offen, welche Merkmale der Zuwendung/Kommunikation oder wie diese überhaupt innerhalb des Transparenzberichtes abgebildet werden kann. Fraglich ist hierbei auch, ob nicht eine Erwartung an ein Dokument gerichtet wird, die womöglich nur durch einen eigenen Eindruck vor Ort erlangt werden kann, wie es die Befragten mit dem sehr häufig gewünschten Wunsch „sich vor Ort ein Bild machen zu können“ selbst zum Ausdruck bringen. Der Wunsch, **sich ein Bild vor Ort** verschaffen zu wollen, könnte auch mit dem Verhalten vieler Befragter in Verbindung gebracht werden, Erfahrungsberichten oftmals einen größeren Stellenwert zuzumessen als risikoadjustierten Daten, ein Punkt der ggf. durch eine intensive Netzwerkarbeit vor Ort und eine zentrale Anlaufstelle für Verbraucher, wie z.B. Pflegestützpunkte, verringert werden könnte.

In diesem Zusammenhang wird auch die Bedeutung der **Angabe des Personalschlüssels** und der Qualifikation des Pflegepersonals betont. Die Notwendigkeit einer zusätzlichen Prüfung der Pflegeeinrichtungen wird von der Mehrheit der Befragten nicht angeführt, da das Vertrauen in die Unabhängigkeit und

Güte der MDK-Prüfung gegeben zu sein scheint. Ergänzend hierzu sollte aber der MDK als Institution mit seinen Aufgaben und Zielen sowie der Ablauf einer Prüfung erläutert werden. In Bezug auf die **Glaubwürdigkeit** der präsentierten Informationen weisen die Befragten häufig auf die Bedeutung der Unabhängigkeit einer prüfenden Instanz hin, die ggf. aber auch in der Lage sein sollte, Veränderungen bei den Pflegeeinrichtungen anregen zu können.

Die **Darstellung des Landesdurchschnitts** spielt für die Befragten eine untergeordnete Rolle, da vor allem die räumliche Nähe zum bisherigen Wohnort relevant zu sein scheint. Den Pflegeeinrichtungen sollte aus Sicht der Befragten grundsätzlich die Möglichkeit gegeben werden, sich zu ihrer Beurteilung äußern zu können, auch wenn diese Information für die meisten Befragten den Beurteilungen unabhängiger Prüfer untergeordnet zu sein scheint.

Die **Kundenbefragung** wird sehr skeptisch betrachtet. Zum einen ist nicht ganz klar, wie die Kundenbefragung vor Ort von statten geht, zum anderen könne die Abhängigkeitsposition der Kunden deren Aussagen beeinflussen, was als ein Grund für das Zustandekommen der Diskrepanz zwischen Gesamtnote und Teilnote angeführt wird.

Die **große Spanne zwischen Gesamtnote und Teilnoten ist ein häufiger Kritikpunkt**, der bei den Befragten dazu führt, den Teilnoten eine größere Relevanz gegenüber der Gesamtnote einzuräumen – die Arbeit mit Gesamtnoten ist daher insgesamt gesehen nicht als unproblematisch zu betrachten. Medizinische und pflegerische Fachbegriffe sollten möglichst laienverständlich formuliert und präsentiert werden.

Die dargestellten die **Lesbarkeit** beeinflussenden Begriffe (insbes. Fachbegriffe, Oberbegriffe und Abkürzungen sowie Paragrafen) sollten per Link mit weiterführenden Erklärungen versehen werden, evtl. sogar ausgelassen werden oder in eine laienverständliche Sprache überführt werden.

Aus diesen Ergebnissen und Diskussionen ergeben sich **Anforderungen an die inhaltliche Gestaltung der Berichte**.

Allgemein gibt eine Studie von Hibbard et al. (2002) zu bedenken, dass Änderungen in der Präsentation von Daten die Entscheidungsfindung beeinflusst, weshalb diese immer sorgfältig im Hinblick auf ihren Gewinn für den Verbraucher geprüft werden sollten. Die Autoren formulieren die Forderungen, dass (a) die Verbraucher durch die Art der Präsentation der Indikatoren und deren Ergebnisse in die Lage versetzt

## Diskussion der Ergebnisse

werden sollen, die Gewichtung bzw. die Relevanz der Indikatoren selbständig vorzunehmen. (b) Eine Graduierung der Performanzergebnisse vorzunehmen wie „nicht akzeptabel“, „akzeptabel“ und „in einem hohen Maße akzeptabel“, da diese vermutlich für Verbraucher sinnvoller und anwendbarer ist. (c) Informationsmengen zu reduzieren, da eine hohe Anzahl von Informationen hinderlich sein kann. Es sollten nur solche Ergebnisse und Indikatoren präsentiert werden, die von hoher Relevanz sind und möglicherweise stark mit Gesundheitsoutcomes in einem Zusammenhang stehen.

Von zentraler Wichtigkeit ist, dass die bereit gestellten Informationen auch **subjektiv**, d.h. für die Nachfrager selbst, aussagekräftig sind. Sollen die Nachfrager dazu befähigt werden, zwischen dem Leistungsniveau verschiedener Anbieter differenzieren zu können, müssen die veröffentlichten Qualitätsindikatoren für sie Aussagekraft besitzen sowie inhaltlich und sprachlich verständlich sein. Die Nachfrager müssen eine Verbindung zwischen den Indikatoren, den für sie nicht beobachtbaren Qualitätsmerkmalen sowie den daraus resultierenden Konsequenzen herstellen können.

Allerdings besteht ein Spannungsfeld zwischen der Berücksichtigung der von den Nachfragern als besonders entscheidungsrelevant betrachteten Informationen und der Forderung nach objektiver Qualitätsrelevanz. Studien aus den USA zeigen, dass Nachfrager weniger an Outcomeindikatoren interessiert sind als an Preisen, Konsumentenzufriedenheit und Erreichbarkeit. Werden in Qualitätsberichten scherpunktmäßig diese Informationsbedürfnisse aufgegriffen, ist zwar eine breite Inanspruchnahme der Berichte zu erwarten. Allerdings ist zu befürchten, dass die Nachfrager ihre Entscheidungen an Aspekten ausrichten, die nicht unbedingt Aussagekraft für die angebotene Pflegequalität besitzen. Werden dagegen vor allem evidenz-basierte Ergebnisindikatoren dargestellt, könnte dies zur Folge haben, dass nur wenige Nachfrager das Instrument nutzen werden. Eine vollständige Darstellung sowohl subjektiv als auch objektiv qualitätsrelevant erscheinender Indikatoren führt jedoch zu dem Problem, dass der entstehende Umfang der Berichte einen negativen Einfluss auf die Nutzbarkeit der Berichte und der Webseite haben könnte – es muss daher eine Balance zwischen diesen beiden Anforderungen gefunden werden.

Um die zentrale Bedeutung von Qualitätsinformationen nicht zu unterlaufen, aber auch Studienergebnisse einzubeziehen, die empfehlen, Verbraucherinteressen in den Mittelpunkt von Umsetzungsstrategien zu stellen (Mukamel & Spector 2003), erscheint es sinnvoll, eine wenige Seiten umfassende Übersicht zu Struktur- und Kontaktdaten in die Berichte bzw. die Webseite aufzunehmen.

Der Frage, welche Informationen in veröffentlichten Berichten über Pflegeheime sinnvoll sind und aus welchen Gründen, gehen auch Harrington et al. (2003) nach. Die Autoren haben ein umfassendes Modell für ein Verbraucherinformationssystem entwickelt. Dieses beinhaltet Struktur-, Prozess- und Outcomeinformationen (Punkte 1-4: Strukturinformationen: diese geben Informationen darüber, ob eine Einrichtung individuelle Bedürfnisse erfüllen kann, die mit Pflegequalität und Lebensqualität in Einrichtungen verbunden werden, Punkte 5-6: Prozess- und Outcomeinformationen):

1. **Informationen über die Einrichtung:** z.B. Lokalisation, Typ der Einrichtung und Dienstleistungen, Größe, Träger (Name, Ruf), Wartelisten, [Zimmer (Ergänzung GfK-I.)], [Alltags- und Freizeitgestaltung (Ergänzung GfK-I.)], [Ausstattung wie z.B. Balkons, Therapieräume (Ergänzung GfK-I.)], [Verkehrsanbindung ggf. mit Routenplaner und ggf. Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel (Ergänzung GfK-I.)], [Pflegeschwerpunkte und ggf. Unternehmensleitbild (Ergänzung GfK-I.)]
2. **Informationen über Bewohnerstruktur:** z.B. soziodemografische Faktoren wie Alter, Geschlecht, Ethnie, Dauer der durchschnittlichen Wohndauer, Pflegeabhängigkeit der Bewohner
3. **Informationen über das Personal:** z.B. Anzahl der Pflegenden pro Bewohner, Case-Mix der Bewohner in Bezug auf Personalstruktur, Fluktuationsrate des Personals
4. **Finanzielle Indikatoren:** Raten bzw. Kosten pro Monat, Ausgaben, Gewinn und Verluste des Trägers der Einrichtung, finanzielle Stabilität
5. **Informationen über das Beschwerdemanagement:** Art und Prozess des Beschwerdemanagements
6. **Klinische Qualitätsindikatoren:** zeigen Prozess- und Outcomequalität der Bewohner; die Herausforderung ist, die Indikatoren zu wählen, die für Verbraucher von Relevanz sind

## Diskussion der Ergebnisse

Dieses entwickelte System wird mit literaturbasierten Erkenntnissen untermauert. Die Autoren geben zu bedenken, dass die Prozess- und Outcomeindikatoren zwar am wichtigsten sind um Qualität zu beurteilen, aber den Verbrauchern es leichter falle, zunächst die Strukturdaten zu bewerten, was sich auch mit den Ergebnissen der GfK-Interviews deckt. Nutzer sollten möglichst flexibel anhand eigener Informationsbedürfnisse entscheiden können, welche und wie viele Informationen er an jedem Punkt haben möchte. Mattke et al. (2003) schlagen hierzu folgende Lösung vor: Die erste Seite stellt alle Heime im Bundesstaat dar mit Adresse und Kontaktdaten. Der Nutzer kann dann entscheiden, ob er die nächsten Seiten mit Bewohner- und Einrichtungscharakteristika, Mängelberichte oder Sammelergebnissen auf der Qualitätsebene wählt. Performanzergebnisse sollten auf einer weiteren Seite berichtet werden. Die Informationen zu schichten bzw. zu untergliedern ist von besonderer Relevanz, um den unterschiedlichen Zielgruppen wie Verbrauchern, Sozialarbeitern oder Entlassungsmanagern gerecht zu werden.

Es wäre für Verbraucher auch leichter, wenn die Berichte Hinweise über Korrelationen geben, bspw. wenn Heime mit hohen Werten im Bereich der „Prävention von Verlust des Funktionsstatus“ auch entsprechend gut abschneiden in der Prävention von Dekubitalgeschwüren und in dem Bereich der Hotelleistungen. Wenn solche Korrelationen existieren, könnten die Berichte zusammenfassende Statistiken über ein paar Indikatoren veröffentlichen. Allerdings zeigen Studien, dass Korrelationen nur zu einem geringen Teil nachzuweisen sind. Auch gehen die Autoren davon aus, dass ein gemeinsamer Wert für eine Gruppe von Indikatoren den Eindruck erweckt, dass alle Komponenten dieses Wertes miteinander korrelieren. Qualitätsindikatoren, die an Ergebnissen orientiert sind wie Funktionsstatus oder Prävalenz von Dekubitalgeschwüren oder Urininkontinenz, sind nicht nur von Prozessen der Pflege abhängig, sondern auch von Risiken der Bewohner und Glück. Aus diesem Grunde sollten derartige Daten risikoadjustiert sein. Allerdings sind dafür ausreichend hohe Fallzahlen notwendig. Mukamel & Spector (2003) formulieren, dass Stichproben mit  $n=100$  als zu klein erscheinen. Die Autoren fordern allerdings, dass die methodischen Probleme der exakten Messung von Qualität berücksichtigt werden müssen.



Ireson et al. (2002) führen an, dass in den Berichten der Zusammenhang zwischen Prozesskriterien und Outcomekriterien für die Verbraucher deutlicher werden muss. Dies gilt ebenso für die Bedeutung von Strukturkriterien und deren Wirkung auf Prozesse und Outcomes. Des Weiteren sollten für Verbraucher wirksame Qualitätsberichte in der Darstellung einfach und kurz sein. Idealerweise sollten gute Noten oder Bewertungen übersetzt werden können in verbesserte Gesundheitsoutcomes für Patienten, niedrigere Kosten für Kostenträger und bessere Marktposition bzw. Marktwerte für Leistungserbringer (Ireson et al. 2002).

### 5.6.3 Gestaltungs- und Darstellungsmöglichkeiten (Layout) der Transparenzberichte

*„How information is presented may be as influential as what information is presented when attempting to inform choice.“* ((Hibbard & Peters 2003:430; vgl. auch Werner & Asch 2005).

Da die Kriterien der Nützlichkeit, Verständlichkeit und Vergleichbarkeit auch durch verschiedene Gestaltungsmöglichkeiten beeinflusst werden können, soll an dieser Stelle das Augenmerk auf diese z.B. von Hibbard & Peters (2003) hervorgehobenen Aspekte gelegt werden.

In den GfK-Interviews zeigt sich, dass die vorliegende **Form der Qualitätsberichte** von den Befragten zusammenfassend betrachtet als **positiv**, d.h. **verständlich** beurteilt wird, wobei allerdings **auch deutlich Verbesserungspotentiale** in den Ausführungen erkennbar sind. Einen Überblick über mögliche Verbesserungspotentiale sollen die folgenden Abschnitte geben:

- **Schriftgröße:** Ein durchgängig genannter Kritikpunkt bezieht sich auf die aus Sicht der Befragten zu klein gewählte Schrift. Die Befragten geben an, dass gerade für ältere Menschen die Schrift größer sein sollte. Die Möglichkeit, die Schriftgröße auf der Seite zu verändern, scheint für die Befragten demnach nicht deutlich genug präsentiert zu werden. Vereinzelt irritiert auch die Tatsache, dass entgegen dem üblichen Schema, die Gesamtnoten kleiner dargestellt sind als die Teilnoten.

- **Schriftfarbe und Einsatz von Farben:** Vereinzelt äußern sich die Befragten zu der verwendeten Schriftfarbe negativ. Für Verwirrung sorgt bei einigen Befragten die farbliche Unterscheidung guter und schlechter Noten, die als solche fast nie wahrgenommen zu werden scheint. Vereinzelt wird außerdem der Wunsch nach einer schwarzen Schriftfarbe geäußert. Insgesamt betrachtet geben die farbliche Gestaltung sowie die Schriftfarbe allerdings in seltenen Fällen Grund zur Kritik.

- **Umfang der Berichte:** In Bezug auf den Umfang der Berichte scheinen die Befragten diesen als grenzwertig einzuschätzen. Einige Befragte sind mit dem Umfang zufrieden, da eine Reduzierung des Umfangs zu Lasten der Information gehe oder geben andererseits an, dass eine Erweiterung den Bericht weniger übersichtlich erscheinen lassen könnte. Andere schätzen den Bericht in der vorliegenden Form allerdings bereits als zu umfangreich ein. Während ein Überangebot an Informationen auf Kosten der Nutzbarkeit gehen kann, scheint der derzeitige Umfang der Berichte demnach angemessen. Da aber an mehreren Stellen Ergänzungswünsche seitens der Befragten geäußert wurden, würde sich eine Verlinkung weiterer Inhalte auf der Webseite anbieten.

- **Navigation auf der Webseite:** Die Befragten kommen im Allgemeinen gut mit der Navigation auf der Seite zurecht, einige benötigen die Anleitung des Interviewers, um auf der Seite die gewünschten Informationen zu finden. Als zentrale Problemstellen bei der Navigation und dem Handling erweisen sich (a) die **Entfernungsangabe**, (b) der **Button zu einem Transparenzbericht** sowie das häufige Fehlen eines (c) **Links zu den Pflegeeinrichtungen**.

(a) Viele Befragte haben Schwierigkeiten in der Benutzung der Funktion `Entfernungsangabe`. Unklar sind hierbei vor allem die Trefferzahl der Pflegeeinrichtungen sowie die Messung der Entfernung in km, die teilweise nicht mit der Einschätzung bzw. Erwartung der Befragten übereinstimmen.

(b) Einige Befragte finden die Transparenzberichte bzw. den Button über den die Berichte geöffnet werden können nicht ohne danach aktiv zu suchen oder darauf hingewiesen zu werden. Einige Befragte äußern daher die Anregung, den Zugang zu den Berichten deutlicher hervorzuheben, in dem er z.B. größer und auffälliger präsentiert wird oder einen zusätzlichen Button einzurichten.

- (c) Einige Befragte vermissen einen direkten Zugang zu den Homepages der Pflegeeinrichtungen über „pfelegelotse.de“, insbesondere in der „Detailansicht“. Die Einrichtungen, die eine Homepage eingerichtet haben, sind allerdings i.d.R. über den Pfelegelotsen verlinkt. In Bezug auf die Pflegeeinrichtungen wird häufig der Wunsch geäußert, ein Bild der Einrichtung sehen zu können, sowie das Angebot einer Kurzpräsentation der Einrichtung z.B. mit deren Philosophie. Für den Fall, dass ein direkter Verweis zu der Pflegeeinrichtung vorhanden ist, wird eine Übersicht über die Stammdaten der Einrichtung, wie z.B. die Anzahl der Bewohner sowie Ansprechpartner und Kontaktdaten der Einrichtung erwartet (Übersicht Kontaktdaten) (vgl. Punkt II.).

Im Hinblick auf die auf Grundlage der Interviews gebildeten Kategorien wird auch an dieser Stelle erneut das Bedürfnis der Befragten deutlich zum Ausdruck gebracht, sich ein eigenes Bild vor Ort verschaffen zu wollen. Geäußerte Bedürfnisse sind vor diesem Hintergrund zu betrachten, d.h., es sollte potentiellen Nutzern deutlich gemacht werden, dass der Bericht einen Fokus auf *Qualitätsmerkmale* im Gegensatz zu einer Darstellung vollständiger *Strukturdaten* und einzelnen Details anbietet, man selbst allerdings sich nach der Klärung eigener Bedürfnisse über diese mit der Einrichtung ins Gespräch kommen sollte.

Die Individualität eines jeden Verbrauchers sowie seine persönlichen Werte und Bedürfnisse aufgreifend könnten interaktive Websites, die es ermöglichen, dass Informationen nach subjektiven Bedürfnissen, Werten und Präferenzen gewertet und gewichtet werden können, eine sinnvolle Präsentationsmöglichkeit von Qualitätsmerkmalen darstellen. Desweiteren müssten sie so gestaltet sein, dass sie Informationen erhalten, die für den Verbraucher von Relevanz sind und bestimmte Begriffe, Messmethoden und Qualitätsindikatoren in ihrer Bedeutung für Qualität erklären. Webseiten bieten zudem die Möglichkeit, sich individuell an die Bedürfnisse der Nutzer anzupassen. Entsprechende Instrumente eines barrierefreien Zugangs (z.B. leichte Veränderung der Schriftgröße durch Klick auf ein augenfälliges Lupen-Symbol) sollten eingesetzt werden.

Vieles spricht dafür, die Webseiten so zu gestalten, dass sie das Abrufen von Informationen entweder interaktiv abhängig von persönlichen Werten zulassen oder

die Websites differenzierter zu gestalten (bspw. Informationen mit Outcome-Informationen, Informationen mit Prozessinformationen etc.), d.h. unterschiedliche Seiten, die unterschiedliche Informationen erhalten (Mattke et al. 2003). Mattke et al. (2003) betrachten folgende Elemente für Verbraucherwebseiten als relevant: Einfachheit im Format, in der Sprache und in ihrer Navigierbarkeit, Suchfunktion auf der Website, Entscheidungshilfen und Links zu anderen Webseiten. Entsprechende Webseiten sollten als Entscheidungsinstrument gestaltet sein und kein Datenbanksystem sein.

Im Hinblick auf die Menüleiste wird von einzelnen Befragten geäußert, sich schwer entscheiden zu können, was für die eigene Auswahl relevant ist, z.B. `stationär` oder `vollstationär`, was mit der Kategorie „Lesbarkeit“ in Zusammenhang gebracht werden kann – Verbrauchern wird die Entscheidung erschwert, wenn sie nicht wissen, was die verwendeten Begriffe bedeuten.

### • **Aufbau und Struktur der Berichte und Webseiten – „Advanced organizer“:**

Die Strukturierung und der Aufbau der Internetseite sowie des Berichtes werden im Allgemeinen von den Befragten als verständlich und übersichtlich bezeichnet, aber auch in diesem Bereich geben vereinzelt Befragte an, dass die Gliederung verbessert werden könne, worauf im Folgenden eingegangen werden soll:

Aus der Kognitionswissenschaft ist bekannt, dass Menschen Informationen auf der Basis gestimmter Denkkonzepte (Schemata) strukturieren und übersetzen bzw. dekodieren. Um die präsentierten Informationen nutzen zu können, sollten Qualitätsberichte und Webseiten eine klare und einheitliche Strukturierung aufweisen. In der Erwachsenenbildung haben sich sog. „Advanced Organizer“ als sinnvoll in Prozessen der Informationsaufnahme erwiesen. Durch eine Art Orientierungshilfe anhand einer Vorabinformation über Ziele, Inhalte etc. stellen Advanced Organizer Organisationshilfen dar, die durch ihre strukturierende Funktion die Informationsaufnahme erleichtern sollen. Asubel et al. (1980) weist Advanced Organizern die Bedeutung zu, die „Kluft zwischen dem, was der Leser schon weiß, und dem, was er wissen muss, zu überbrücken.“ Angepasst an die jeweilige Situation sollen Advanced Organizer den eigenständigen Strukturierungsprozess der Wissensakkumulation bei den Lesern fördern.

Konkret heißt das, das zu Beginn der Dokumente deutlich gemacht werden sollte, welche Art von Informationen nachfolgend dargestellt wird, welchem Zweck diese Informationen dienen, warum diese Informationen für den Leser der Qualitätsberichte von Bedeutung und Interesse sind, in welchem Zusammenhang diese Informationen zu anderen Informationen stehen und wie die Informationen strukturiert sind. Die Bedeutung von Kontextinformationen ergibt sich jedoch nicht nur aus ihrer Funktion als Interpretationshilfen. Ansprechende Erklärungen können zudem dazu verwendet werden, Interessen bei den Nutzern der Qualitätsberichte zu wecken und ihre Motivation zu einer weiteren Auseinandersetzung mit den verfügbaren Informationen positiv zu beeinflussen. Kontextinformationen sind sowohl für die Papier- als auch für die Onlineversion notwendig (Vaiana 2002; Marshall et al. 2004), fehlen aber derzeit in den Berichten.

Ein kurzer einführender Text könnte z.B. folgendermaßen lauten:

*Die Suche nach einem Pflegeangebot, das eigenen Wünschen und Bedürfnissen entspricht, ist für alle Menschen schwierig. Sie sind mit diesem Problem nicht alleine und können sich mit Hilfe mehrerer Informationsquellen Rat einholen und Ihre Entscheidung erleichtern.*

*Zunächst ist es wichtig, dass Sie zum Experten in eigener Sache werden und sich darüber bewusst werden, was Ihnen für Ihre Pflege oder die Pflege einer nahestehenden Person wichtig ist. Stellen Sie sich hierzu folgende Fragen:*

- In welcher Region suche ich nach einem Angebot?*
- Welche finanziellen Ressourcen habe ich?*
- Was muss das Angebot in jedem Fall enthalten?*
- .....*

*Mit dem vorliegenden Qualitätsbericht laden wir Sie ein, sich ein Bild von der in der Einrichtung X/dem ambulanten Pflegedienst X geleisteten Pflege zu machen. Die Berichte sind so aufgebaut, dass Sie die Einrichtungen/ ambulanten Dienste miteinander vergleichen können. Die Qualitätsberichte sollen Ihnen als Orientierungshilfe, können und sollen es aber nicht ersetzen, sich vor Ort ein eigenes Bild zu machen. (...)*

Im Hinblick auf den Sprachstil hat sich der Gebrauch konkreter, anschaulicher und allgemein gebräuchlicher Worte in Kombination mit möglichst kurzen Sätzen (max. ca. 15 Worte) bewährt. Insgesamt scheint es in diesem Bereich sehr relevant, den Leser direkt anzusprechen, z.B. in Form von Personalpronomen („Mit Hilfe des Berichtes können Sie sich über die Qualität der Pflegeeinrichtung X informieren“).

- **Einsatz von Symbolen:** Im Hinblick auf den Einsatz von Symbolen sind die Befragten geteilter Meinung. Ein Teil der Befragten charakterisiert die verwendeten Symbole als passend zu den Themen und schreiben den Symbolen Vorteile zu, wie einen besseren Überblick über die Seite zu ermöglichen oder einzelne Punkte hervorzuheben. Ein anderer Teil der Befragten schreibt den verwendeten Symbolen hingegen Merkmale zu wie z.B. „nicht selbsterklärend“, „passt nicht so wirklich“, „zu kindgerecht, zu verspielt, es „verliere Seriosität“ oder „verwirrend“. Der leere Kopf als Symbol für Demenzkranke wird von einer Mitarbeiterin eines Pflegestützpunktes und einer befragten Person kritisch auf seine Passung für diesen Bereich hinterfragt. Einzelne Befragte beschreiben das Bild der Frau im Hintergrund der Webseite als den „negativsten Aspekt“. Zusammenfassend betrachtet scheinen sich die Befragten eher an Bereichsüberschriften zu orientieren, als an Symbolen.

Eine interessante Erkenntnis ist, dass Sterne als Symbol, um die unterschiedliche Qualität oder Performanz von Einrichtungen oder Angeboten darzustellen, die Verbraucher in der Entscheidungsfindung nicht unterstützen. Im Gegenteil, Verbraucher geben an, dass Sterne nicht notwendigerweise in der Entscheidungsfindung nützlich sind (McGlynn 2002). Auch eine Befragung von Mannion et al. (2005) von Mitarbeitern und Verantwortlichen in Kliniken, wie der Einfluss der Bewertung durch **Vergabe von Sternen** empfunden wird, um die Qualität von Akutkrankenhäusern in England zu bewerten, fällt kritisch aus.<sup>15</sup> Hauptkritikpunkt hierbei ist das nicht alle Aspekte der Versorgung in diesem System Berücksichtigung fänden, was bei einigen Krankenhäusern sogar zu eingeschränkten Sichtweisen oder dysfunktionalen Konsequenzen führe.

---

<sup>15</sup> In England werden seit September 2001 die Qualität der Krankenhäuser mit einem 5 Sterne System dargestellt (Mannion et al. 2005).

Eine Studie in den USA untersucht, wie Verbraucher die Website von CMS zu den Ergebnissen der Qualitätsprüfungen interpretieren und verstehen (Gerteis et al. 2007). Das Ergebnis dieses Projektes ist, dass Testpersonen Informationstafeln mit Sternen oder mit Wörtern wie „besser als Durchschnitt“, „Durchschnitt“, „schlechter als Durchschnitt“ am besten verstehen im Vergleich mit Graphiken und Abbildungen. Dabei ist zu beachten, dass es um Tabellen geht, in denen Heime in den 5 Qualitätsdimensionen: a) Prozentzahl der Bewohner, die die Fähigkeit verlieren, die Basisaktivitäten des täglichen Lebens selbständig durchzuführen, b) Prozentzahl der Bewohner mit Druckgeschwüren, c) Prozentzahl der Bewohner mit Schmerzen, d) Prozentzahl der Bewohner mit Fixierungen und e) Prozentzahl der Bewohner mit Infektionen, verglichen werden (Gerteis et al. 2007).

- **Ranking und Trends:** Hibbard et al. (2003) weisen im Zusammenhang mit den Wirkungen der Qualitätsberichte auf die Qualität in Krankenhäusern auf Folgendes hin: Berichten sollten so gestaltet sein, dass auf Anhieb erkennbar ist, wer im Ranking an erster Stelle steht und damit die beste Performanz hat. Auf diese Weise wird nach Ansicht der Autoren das öffentliche Image der Kliniken beeinflusst und möglicherweise Qualitätsverbesserungsmaßnahmen stimuliert. Mit Blick auf die gesamte Literaturlage ist dies allerdings zu hinterfragen, da wie angesprochen z.B. ein Ranking anhand von Gesamtnoten problematisch erscheint (vgl. Kapitel 2). Es ist nicht auszuschließen, dass ein solches Vorgehen aus massiver Kritik bei verschiedenen Beteiligten stoßen wird und ggf. zu Verhaltensweisen, die einer Qualitätsverbesserung nicht unbedingt einträglich sind. Weiterhin müssen die Kliniken wissen, dass kontinuierlich weitere Berichte veröffentlicht werden. Als problematisch erweist sich den dargestellten Forschungsergebnissen zufolge, dass Verbraucher oftmals die präsentierten Daten nicht verstehen, bzw. ihnen die Messungen nicht geläufig sind oder unsicher sind, ob hohe oder niedrige Ratings auf „bessere“ oder „schlechtere“ Ergebnisse hinweisen. Für den Fall dass Trends abgebildet werden sollen, z.B. Entwicklungstrends von Einrichtungen, sollten diese Trends einheitlich präsentiert werden und mit einer kurzen Erklärung versehen werden, wie „Dieses Ergebnis weist auf eine Verbesserung innerhalb des Bereichs X hin.“ Sinnvoll könnte es allerdings erscheinen, Verbesserungen in Qualitätsbereichen in Form eines Verbesserungstrends positiv zu verstärken.

- **Sachlichkeit versus optische Highlights:** In Bezug auf die optische Gestaltung der Internetseite „pfege.de“ zeigt sich bei den Befragten ein durchwachsendes Bild. Ein Teil der Befragten charakterisiert diese Seite als passend, sachlich und informativ, die Grafik wird häufig als einfach und zweckmäßig beschrieben. Ein anderer Teil der Befragten äußert sich eher negativ im Hinblick auf die oben dargestellte Sachlichkeit und Zweckmäßigkeit der optischen Gestaltung. Für diesen Teil der Befragten wirkt die Seite eher nüchtern und sei nicht so ein „Hingucker“. Die meisten Befragten scheinen Übersichtlichkeit und Zweckmäßigkeit allerdings gegenüber einer grafisch aufwändigen Darstellung zu bevorzugen.

- **Absolute versus relative Risiken:** Forschungen weisen daraufhin, dass Menschen oftmals das affektive oder emotionale Verständnis fehlt, um Zahlen einzuordnen, d.h. sie haben Probleme zu bewerten, welche Bedeutung die Zahl hat und wie gut oder schlecht diese Zahl einzuschätzen ist. Es ist zu berücksichtigen, dass Informationen, die keine emotionale Bedeutung haben, nicht angemessen beurteilt und in der Entscheidungsfindung berücksichtigt werden können. In der Darstellung von Transparenzberichten ist es erforderlich, Informationen darzustellen, die für den Verbraucher von Bedeutung, am einfachsten verstehbar sind.

Patienten scheinen eher Informationen der Risikovermeidung wertzuschätzen, im Gegensatz zu Informationen, die eine „bessere“ Gesundheit bzw. positiven Nutzen thematisieren (Schauffler & Mordavsky 2001, Ireson et al. 2002). Demnach fällen Verbraucher ihre Entscheidung für oder gegen ein Angebot eher auf der Basis von Indikatoren, die vergleichend darstellen, welche der Einrichtungen in risikobehafteten Bereichen besser abschneiden, bspw. in bezug auf adverse Geschehnisse, medizinische Fehler und iatrogene Effekte (Schauffler & Mordavsky 2001). Weiterhin fanden Schauffler & Mordavsky (2001), dass Verbraucher Ergebnisse aus Zufriedenheitsbefragungen besser zu verstehen scheinen als quantitative Ergebnisse klinischer Indikatoren. Allerdings wird sich in dem Punkt der Verbraucherbefragung noch zeigen, dass Zufriedenheitsbefragungen mit verschiedenen methodischen Problemen behaftet sind.

Berwick et al. (2003) führen in diesem Zusammenhang unterschiedliche Gründe an, die möglicherweise dazu führen, dass Verbraucher an den Qualitätsdaten in der



Entscheidungsfindung nicht bzw. wenig interessiert sind: Neben der Vermutung, dass die Angaben möglicherweise nicht verstanden werden oder auch nicht das Interesse der Verbraucher widerspiegeln, werden als weitere Gründe angeführt, dass Patienten in aller Regel annehmen, dass ihre Gesundheitsversorgung gut ist. Aus diesem Grunde haben sie womöglich nicht die Motivation und das Interesse, nach weiteren Informationen über Performanzergebnisse zu suchen. Hinzu kommt, wie sich auch in den GfK-Interviews zeigt, dass Verbraucher eher lokal zu denken scheinen und demnach nicht daran interessiert sind, über den gesamten oder über den lokalen Bereich hinaus weitere Informationen zu erhalten. Hinzu tritt die Problematik, präsentierte Daten zu personalisieren und sich auf diese zu beziehen. Eine Möglichkeit könnte z.B. darin bestehen, Häufigkeitsangaben zu präsentieren, wie folgende Ausführung zeigen soll: Experimente zeigen, dass Prozentzahlen und Häufigkeitsangaben unterschiedlich wahrgenommen werden. Risiken werden als bedrohlicher eingestuft, wenn sie in Form von Häufigkeiten („1 von 10“) als in Form von Prozentzahlen ausgewiesen werden („10%“). Sofern die Indikatoren dies zulassen und ein Interesse daran besteht, auf besondere Risiken aufmerksam zu machen (z.B. hinsichtlich der Ergebnisqualität), sollten daher lieber Häufigkeitsangaben eingesetzt werden (Hibbard & Peters 2003). Weiterhin zeigen Forschungen, dass präzise Punkteinschätzungen eine höhere emotionale Bedeutung für den Verbraucher zu haben scheinen (also z.B. „8“ statt „zwischen 7 und 9“).

Die **vorliegende Form** des Transparenzberichtes wird von den **Befragten positiv** beurteilt, wobei auch auf Verbesserungspotentiale hingewiesen wird. Ein **durchgängig genannter Kritikpunkt** bezieht sich auf die aus Sicht der Befragten **zu klein gewählte Schrift**. Zu bedenken ist daher, entweder die Schrift generell zu vergrößern oder einen deutlichen Hinweis einzufügen, der darauf hinweist, dass die Schriftgröße variierbar ist. Die meisten Befragten scheinen **Übersichtlichkeit** und **Zweckmäßigkeit** gegenüber einer **grafisch aufwändigen Darstellung der Webseite** zu bevorzugen. Die farbliche Gestaltung sowie die Schriftfarbe geben in den seltensten Fällen Grund zu einer Kritik. Für **Verwirrung** sorgt bei einigen Befragten die **farbliche Unterscheidung** guter und schlechter Noten, die als solche fast nie wahrgenommen wird. Die Mehrheit der Befragten schätzt die **Symbole** der Qualitätsbereiche auf dem Deckblatt als passend und verständlich ein, allerdings stellen hier auch einige Befragte den Nutzen der Symbole in Frage, da sich

insgesamt eher an den Bereichsüberschriften orientiert wird. Zu überdenken scheint hier besonders die Wahl des leeren Kopfes als Symbol für Menschen mit Demenz. Der **Aufbau** und der **Umfang** der Berichte werden weitgehend positiv eingeschätzt, wobei eine Ausweitung des Informationsumfangs genau überlegt sein sollte, da der Umfang der Berichte im Allgemeinen von den Befragten als grenzwertig eingeschätzt wird. In Bezug auf den Aufbau erscheint es sehr sinnvoll mit einem einführenden Text über die Ziele von Transparenzberichten zu informieren und somit die Informationsaufnahme durch Strukturierung zu erleichtern sowie durch eine personalisierte Ansprache die Motivation und das Interesse der Leser an den Informationen zu vergrößern. Die Einteilung in **Qualitätsbereiche** ist für die Mehrzahl der Befragten nach eigener Auskunft verständlich und nachvollziehbar. Im Hinblick auf die Navigation scheinen interaktive Webseiten geeignet zu sein, sich individuellen Verbraucherinteressen verschiedener Zielgruppen möglichst flexibel anzupassen. **Kritikpunkte** im Hinblick auf die **Navigation** beziehen sich häufig auf die Funktion der Entfernungsangabe, den z.T. als schwierig empfundenen Zugang über einen Button zu den Berichten sowie das häufige Fehlen eines Links zu den Homepages der Pflegeangeboten, soweit diese zur Verfügung stehen. Verbraucher scheinen Informationen der Risikovermeidung gegenüber Informationen, die einen „positiven Nutzen“ eines Angebotes thematisieren zu bevorzugen. Häufigkeitsangaben in Form absoluter Zahlen wie z.B. 1 von 10 scheinen bedrohlicher als Häufigkeitsangaben anhand von Prozentangaben wahrgenommen zu werden, was ggf. eingesetzt werden könnte, um die individuelle Risikowahrnehmung zu erhöhen, falls dies gewünscht ist.

### 5.6.4 Komplexitätsreduzierung durch Entscheidungshilfen

Die Konsequenz aus der sich im US-amerikanischen Raum abzeichnenden Tendenz zu einer eher geringen Nutzung von Qualitätsinformationen seitens der Verbraucher macht es erforderlich, sich neben den Rahmenbedingungen der Umsetzung, den Verbraucherinteressen und Inhalten sowie den Gestaltungsmöglichkeiten Gedanken um Aspekte zu machen, die möglicherweise den präsentierten Informationen einen für Verbraucher handlungsleitenden Impuls verleihen könnten, denn in vielen Forschungsbereichen zeigt sich die Erkenntnis, dass Wissen nicht mit Handeln

gleichgesetzt werden kann. Im Folgenden soll hierzu zunächst kurz auf Problembereiche der Entscheidungsfindung bei der Zielgruppe eingegangen werden:

- ***Fehlendes Fachwissen:*** Zu bedenken ist das fehlende Vorwissen vieler Nutzer von Qualitätsberichten. Da sich die potentiellen Nutzer und ihre Angehörigen im Regelfall vor Eintreten der akuten Entscheidungssituation kaum mit Informationen zur Pflegequalität beschäftigt haben, d.h. ihnen die Inhalte relativ unvertraut sind, ist die Informationsverarbeitung mit besonderem kognitiven Aufwand verbunden (Hibbard & Peters 2003). Der Verbraucher ist im Nachteil, da er in aller Regel nicht über das Fachwissen verfügt, um die Leistungsfähigkeit des Anbieters beurteilen zu können.

- ***Vorerfahrungen in Form subjektiver Theorien:*** Subjektive Theorien bezeichnen Denkmuster, die jede Person aufgrund individueller Vorerfahrungen bildet und die häufig handlungsleitend auf Bereiche wirken, die mit diesen subjektiven Theorien in Verbindung stehen. Besonders in einem Interview wird den Äußerungen der Befragten eine negative Konnotation des Themas „Pflegebedürftigkeit“ erkennbar, indem sie von negativen Vorerfahrungen berichtet (Interview 4). Zentral für Entscheidungsprozesse erscheint es daher das Gespräch mit den potentiellen Nutzern zu suchen, in dem Raum für diese Vorerfahrungen gegeben wird und darauf hin neue Informationen sinnvoll strukturiert werden können. Wenn subjektive Theorien nicht thematisiert werden, behalten sie ihren Einfluss innerhalb der Entscheidungssituation und führen dann möglicherweise zu unerwünschten Effekten, wie Informationen zum Thema Pflegebedürftigkeit aufgrund negativer Vorerfahrungen und Frustration bei Seite zu legen.

- ***Entscheidungsfindung unter Zeitdruck und Einsatz finanzieller Ressourcen:*** Die Entscheidung für eine stationäre Einrichtung oder einen ambulanten Dienst findet häufig unter einem hohen zeitlichen und emotionalen Druck statt (bspw. im Anschluss eines Krankenhausaufenthaltes), was sich während der Entscheidungssituation negativ auf die Informationsaufnahme auswirken kann (Finucane et al. 2002). Nicht selten sind die Betroffenen in der Entscheidung für ein Angebot von den Empfehlungen des Personals im Krankenhaus abhängig. Auch spielt eine Rolle, dass oftmals Angehörige die Entscheidung treffen müssen und möglicherweise andere Kriterien als ihre pflegebedürftigen Familienmitglieder zu

Grunde legen. Nicht zu vergessen ist die Tatsache, dass die meisten potenziellen Heimbewohner pflegebedürftig und/oder gebrechlich und/oder eher hochaltrig sind, möglicherweise kognitiv eingeschränkt und oftmals selbst nicht in der Lage sind, die Informationen zu suchen. Darüber hinaus sind die Kosten nicht zu vernachlässigen, die in aller Regel von den Betroffenen mitfinanziert werden müssen. Kosten sind ein nicht unerheblicher Entscheidungsfaktor in diesem Geschehen. In der Situation der Pflege in einer Einrichtung oder einem Pflegedienst fällt es den Pflegebedürftigen zumeist schwer, die Qualität einer bereits gewählten Einrichtung zu beurteilen. Die Angehörigen können dies nur eingeschränkt übernehmen, da sie die Leistung nicht selbst erhalten und während des Pflegeprozesses oftmals nicht anwesend sind (Stevenson 2006; Henkel 2008). Problematisch erscheint auch, dass Präferenzen von Verbrauchern bzgl. ihrer Gesundheitsversorgung nicht stabil sind. Präferenzen, die in einer Situation geäußert werden, in der der Nutzer z.B. nicht pflegebedürftig ist, können sich stark von Präferenzen unterscheiden, die beim Eintreffen einer konkreten Situation auftauchen, d.h. Präferenzen müssen ggf. in einer Situation mit Zeitdruck revidiert werden. Wie Informationen dann eingeordnet werden, hängt zu einem großen Teil von den zur Verfügung stehenden Informationen ab (Hibbard & Peters 2003).

- **Kognitive Aspekte der Entscheidungsfindung:** Überdies sind Qualitätsinformationen auf Grund der Vielschichtigkeit des Qualitätsbegriffs und der Multidimensionalität der Pflegequalität von Natur aus komplex und somit ist der Entscheidungsprozess mit hohen kognitiven Hürden verbunden. Angesichts dessen besteht bei den Nutzern die Tendenz, diese Hürden zu umgehen, indem sie auf den Gebrauch der Informationen verzichten oder aber „kognitive Abkürzungen“ einschlagen (z.B. sich nur auf einen kleinen Ausschnitt der Informationen konzentrieren) (Hibbard & Peters 2003).

Zu berücksichtigen ist des Weiteren, dass sich die potentiellen Nutzer der Qualitätsberichte in ihren Informationsbedürfnissen und Informationsverarbeitungsfähigkeiten deutlich unterscheiden. Eine bestimmte grafische und sprachliche Darstellungsform mag daher für eine Gruppe der Nutzer passend sein, was aber noch lange nicht bedeutet, dass sie auch den Bedürfnissen einer anderen gerecht wird. Deutliche Unterschiede können auch bei der Interpretation der Informationen zu Tage treten. Auf Grund der vielfältigen

Hintergründe, Erfahrungen und Erwartung, können die unterschiedlichen Nutzer zum Teil unterschiedliche Schlüsse aus ein und demselben Dokument ziehen (Vaiana 2002). Die Komplexität der Entscheidungsfindung bei potentiellen Verbrauchern verdeutlicht, dass diese sich nicht nur auf der Basis rationaler Kriterien für oder gegen ein Angebot entscheiden, sondern dass auch affektive Faktoren eine bedeutsame Rolle einnehmen.

• **Einfluss des Lebensalters:** Die verschiedenen Einflüsse eines höheren Lebensalters auf die Informationsaufnahme sowie auf den Prozess der Entscheidungsfindung können hier nur am Rande Erwähnung finden. Insgesamt betrachtet, kann heute nicht von einem bestimmten Altersstereotyp ausgegangen werden. Es kann lediglich der Einfluss verschiedener Variablen auf die Entscheidungsfindung in höherem Lebensalter betrachtet werden. Entwicklungspsychologische Studien zum Altern kommen zu dem Schluss, dass ein pauschalisierendes Defizitmodell, das Altern als einen fortschreitenden und unaufhaltsamen Abbauprozess körperlicher, geistiger und sozialer Fähigkeiten versteht, nicht haltbar ist. Dieser negative Altersstereotyp, mit dem nachlassende Körperkraft, verringerte Intelligenz, verminderte Lern- und Konzentrationsfähigkeit und emotionale Verarmung verbunden wird, ist heute durch das so genannte Kompetenzmodell abgelöst worden (Görres/Martin, 2003). Darin wird das kompetente Handeln im Alter als Zusammenwirken individueller Lebensbedingungen und Bewältigungsmöglichkeiten gedeutet, die sich aus körperlichen, biografischen und sozialen Umständen ergeben. Die Bedeutung von Abbauprozessen wird dadurch relativiert. Altern zeichnet sich demnach vor allem durch eine hohe interindividuelle Varianz aus, bei der das kalendarische und das biologische Alter weit voneinander abweichen können. Dabei müssen körperliche, kognitive, emotionale und psychosoziale Aspekte des Alterns für sich und in ihrer Wechselwirkung betrachtet werden. Berücksichtigt werden sollten allerdings einige Aspekte im Hinblick auf ein höheres Lebensalter (Beispiele):

- Tendenziell ist eine abnehmende Fähigkeit zur Integration neuer Informationen mit steigendem Alter zu beobachten sowie eine Abnahme kognitiver Leistungsfähigkeit sowie eine Abnahme der Erinnerungsfähigkeit (Finucane et al. 2002). Das Kurzzeitgedächtnis kann auch durch das Altern

betroffen sein. Ältere Menschen zeigen häufig eine größere Störanfälligkeit beim Lernen, eine Kompensation kann auch hier erfolgen, indem das eigene Tempo beim Lernen berücksichtigt wird. Es erscheint daher wichtig, älteren Menschen die Suche nach Informationen in einem für sie geeigneten Tempo vornehmen zu können und ggf. konkrete vorgefertigte Dokumentationspläne, die Einträge ermöglichen zur Verfügung zu stellen. Ein Nebeneffekt schriftlicher Dokumentation kann auch darin gesehen werden, den Kontakt zu sich selbst zu pflegen, z.B. indem man eigene Bedürfnisse festhalten kann.

- Erschwerend kann es sich auf das Treffen einer Entscheidung auswirken, dass bei älteren Menschen tendenziell die Fähigkeit gewohntes Verhalten und Alltagsroutinen umzustellen, verringert sein kann. D.h., es ist mitunter für ältere Menschen mit Ängsten verbunden, ein pflegerisches Angebot zu beanspruchen, was ggf. dazu führen kann, eine Informationssuche aufzuschieben oder zu delegieren. Ungewohnte Lernumgebungen und -situationen können mit Versagensängsten und mangelndem Selbstvertrauen einhergehen und Lernbarrieren bilden. Weitere Lernbarrieren können negative Lernerfahrung aus der Vergangenheit bilden, da sie die Motivation des Lernenden behindern können.
- Die Lernbereitschaft steht in Abhängigkeit zu inneren und äußeren Faktoren wie z.B. intellektuellen Fähigkeiten, Emotionen, Bildung, Vorwissen, Sozialisation etc. Konkret bedeutet dies, dass vor allem ältere Menschen bereits durch Vorerfahrungen geprägt sind, die Einfluss auf die Informationsaufnahme nehmen können. Dies ist besonders dann problematisch, wenn Überzeugungen und Vorstellungen, die über Jahre entwickelt und als positiv empfunden wurden, in Frage gestellt werden. Die Motivation sinkt und die Lernbereitschaft nimmt ab. Andererseits können Überzeugung und Einstellung auch als Motivationsquelle dienen, sich über den Lernprozess neues Wissen anzueignen. Es zeigt sich ein direkter Zusammenhang zwischen Lernbereitschaft und Motivation (vgl. Kiger 2004).
- Recht häufig treten allerdings im höheren Lebensalter verschiedene Funktionseinbuße in unterschiedlichen Bereichen ein, wie z.B. der

Sensorik, was zu einem nachlassenden Seh- und Hörvermögen führt (vgl. Ding-Greiner/Lang 2004). Dies macht eine Textrezeption für die Betroffenen u.U. sehr anstrengend und langwierig.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass möglichst einfache Orientierungssysteme auf der Webseite (wie eine Leiste an der erkennbar ist, an welcher Stelle bzw. welchem Oberpunkt man sich befindet) sowie möglicherweise ein Sucharchiv/eine Suchdokumentation anzulegen ist, anhand derer auch zu einem späteren Zeitpunkt bspw. Angebote anzeigbar sind, die man bereits angesehen oder archiviert hat. Auch empfiehlt es sich nach Möglichkeiten zu suchen, den Entscheidungsprozess in möglichst kleine oder überschaubare Abschnitte zu teilen, z.B. mithilfe eines Entscheidungspfades oder einer interaktiven Seite.

Es gibt Möglichkeiten, die **Entscheidungsfindung für Verbraucher zu erleichtern**, die im Folgenden exemplarisch dargestellt werden. Basis dieser Ausführungen sind auch an dieser Stelle die Literaturrecherche sowie die GfK-Interviews.

- **Eigene Bedürfnisse & Verbraucherinteressen als Ausgangspunkte:** Entscheidungssicherheit setzt eine Klarheit über eigene Bedürfnisse auf Seiten der Verbraucher voraus. Genauso wichtig ist es, die Verbraucherinteressen zum Ausgangspunkt von Überlegungen zu machen, sei es in Berichten, der Webseite oder der Beratung, da die abstrakten Daten immer für die eigene Person übersetzt, d.h. personalisiert werden müssen. Verbraucherinteressen sollten aber nicht der einzige Punkt sein, an dem sich Qualitätsinitiativen orientieren, wie es kurz thematisiert wurde. Ebenso sollten fachwissenschaftlich begründete Qualitätsindikatoren für Pflegequalität im Mittelpunkt der Überlegungen stehen. Außerdem sollte berücksichtigt werden, dass Verbraucher häufig als Laien mit dem Bereich der Pflegequalität konfrontiert werden und das in Situationen, in denen sie womöglich nicht über ihre volle Leistungsfähigkeit verfügen, was dazu führen kann, das sie ihr Augenmerk auf Aspekte legen, die sie beurteilen können, also z.B. die Servicequalität oder Erfahrungsberichte von Bekannten, die aber kein Maß für Pflegequalität darstellen müssen.

- **Forschungsbasierte Programmentwicklung:** Verschiedene Disziplinen thematisieren die Informationsaufnahme, -verarbeitung sowie die

Entscheidungsfällung. Eine möglicherweise interessante Forschungsaufgabe wäre es, den Entscheidungsprozess mit den ihm zugrunde liegenden Denkmustern und Strategien zu untersuchen. Gründe hierfür können z.B. die Arbeit von Vaiana und McGlynn (2002) gesucht werden: Sie gehen davon aus, dass die geringe Relevanz der Berichte und Seiten möglicherweise darauf zurückzuführen ist, dass die Webseiten nicht den kognitiven Entscheidungsprozessen der Zielgruppen angemessen aufgebaut sind. Hierarchische Strukturen der Informationen, Kontexteinbettung sowie Gestaltung im Layout (Schriftgröße, Absätze, Listen etc.) sind zu beachten, wenn die Informationen sinnvoll, nützlich und in Erinnerung bleiben sollen.

Das Forschungsgebiet der kognitiven Heuristiken bspw. untersucht das Denken und Handeln unter Unsicherheit. Hierbei geht es nicht um dekontextualisierte Forschung sondern um die Frage, wie Menschen konkret im Alltag urteilen und entscheiden. Eine Möglichkeit, Heuristiken – also kognitive Eigenschaften, die es uns ermöglichen, auch Entscheidungen unter Unsicherheit zu treffen, wie z.B. die Wahl eines geeigneten Pflegeangebotes, ausfindig zu machen besteht darin, mit diesem Problem erfahrene Personen zu beobachten bzw. deren Entscheidungsweg nachzuvollziehen. Eine wichtige Erkenntnis dieses Forschungsgebietes ist es, dass bei einer einheitlichen Gewichtung aller beeinflussenden Faktoren die Vorhersagegenauigkeit einfacher Heuristiken genauso hoch oder sogar höher sein kann als die eines gewichteten additiven Modells. Eine Möglichkeit könnte demnach darin bestehen, einen möglichst einfachen Entscheidungspfad für Verbraucher zu entwickeln, der die wichtigsten Eckpunkte der Entscheidungsfindung berücksichtigt. Tendenziell zeigt sich auch, dass mehr Probanden den qualitativ hochwertigsten Anbieter wählen, wenn sie mit weniger Indikatoren konfrontiert werden. Je mehr Indikatoren ausgewiesen werden, desto schwieriger scheint es zu sein, einen Gesamteindruck von den Einrichtungen zu gewinnen (Peters et al. 2007).

Eine weniger aufwändige Methode könnte es sein, auf Grund gezielter weiterer Interviews eine Checkliste zu erstellen mit Faktoren, die bei der Auswahl eines Pflegeangebotes zu berücksichtigen sind. Neben geäußerten Verbraucherinteressen potenzieller Nutzer könnten hier wiederum Kunden bzw. Bewohner befragt werden und mit ihren Erfahrungen möglichen Interessenten zur Seite stehen. Zu überlegen



wäre hierbei auch eine Integration der Perspektive von Angehörigen oder professionell Pflegenden, dies sollte aber sorgfältig abgewogen werden, da letztlich die unmittelbaren Nutzer des Angebotes im Fokus des Interesses stehen sollten.

Eine zentrale Rolle sollten insgesamt wissenschaftliche Begleitungen von Transparenzinitiativen darstellen, da diese auch in den USA noch in der Anfangsphase stecken. Eine automatische und kontinuierliche, sozusagen „routinemäßige“ Datenerhebung kann erfolgreiche Programme womöglich unterstützen. Die Wirkung veränderter Rahmenbedingungen, Inhalte oder Gestaltungsaspekte sollten systematisch begleitet und evaluiert werden.

• **Reduktion und Simplifizierung der Informationen:** Hibbard & Peters (2003) weisen darauf hin, dass Menschen nur in der Lage sind, bestimmte Mengen und Typen an Informationen aufzunehmen. Mit zunehmender Wahloption sinkt die Fähigkeit, alle Optionen für Entscheidungen zu nutzen. Forschungen zur Entscheidungsfindung unterstreichen dies. Demnach verbessern mehr Informationen die Entscheidung nicht unbedingt, wenn das Angebot an Informationen zu groß ist, wird die Entscheidung sogar unterminiert, da die Information selbstständig gewichtet werden muss. D.h. es erscheint, wie bereits kurz erwähnt, notwendig eine Auswahl an Informationen zu treffen. Hinweise darauf, welche Informationen für potentielle Nutzer von besonderem Nutzen sind, finden sich z.B. in den GfK-Interviews. Eine andere bereits kurz beschriebene Möglichkeit dieses Problem zu umgehen, kann in dem Einsatz interaktiver Webseiten gesehen werden, die es den Nutzern erlaubt, selbstständig und nach individuellem Informationsbedarf die Informationen zusammenzustellen. Eine weitere Möglichkeit ist, computer-basierte Entscheidungsinstrumente zu integrieren. Diese können den Entscheidungsprozess strukturieren und die wichtigen zu berücksichtigenden Faktoren betonen. Die Entscheidungsfindung kann in kleine Schritte zergliedert werden und das Programm kann die individuellen Bedürfnisse, Werte und Präferenzen bei den Variablen entsprechend gewichten. Konkret könnte dies heißen, dass in die Papierversionen eine Art Wegweiser integriert wird. Zu Beginn der Berichte könnten kurze Abschnitte eingefügt werden, die den Nutzern Hinweise geben, auf welche Aspekte oder auch Indikatoren besonders geachtet werden sollte, ggf. auch differenziert nach speziellen Anforderungen für Menschen, die z.B. eine Demenzerkrankung haben,

dialysepflichtig oder immobil sind. Eine weitere Lösung ist, die Darstellung der Informationen so zu verändern, dass die Verarbeitung der Informationen erleichtert und die Bewertbarkeit durch den Verbraucher verbessert wird. Es geht darum, die analytischen Herausforderungen beim Verbraucher zu reduzieren, damit der die Informationen verstehen kann. Insbesondere in nicht bekannten Domänen ist es für den Verbraucher schwierig, die Informationen zu verstehen und einzuordnen, bspw. die Maßnahmen zur Qualitätsmessung, ausgedrückt in der Prozentzahl der zufriedenen Personen. Während die Spielräume von Entscheidungshilfen, die individuell auf die Bedürfnisse der Nutzer reagieren, bei Papierdokumenten relativ eng gesteckt sind, bieten gerade Webseiten die Möglichkeit, zu mehr als nur der Bereitstellung von Informationen beizutragen. Prinzipiell können interaktive Webseiten dazu eingesetzt werden, die Nutzer zusätzlich bei der Interpretation, Auswahl und dem Vergleich von Informationen zu unterstützen. Das Problem, das mit interaktiven Webseiten allerdings auch nicht gelöst werden kann, ist die Notwendigkeit eine Entscheidung zu treffen und das unter Unsicherheit.

- **Spezielle Suchfunktion:** Ggf. könnte auch ein spezieller Suchassistent auf der Webseite eingesetzt werden, wie er von verschiedenen Webseiten bereits bekannt ist, so z.B. „krankenhaus.de“. Im Rahmen der Suchmaschine sollten die Nutzer in jedem Fall die Möglichkeit erhalten, nicht nur nach Region, sondern auch nach Pflegeschwerpunkten zu differenzieren. Darüber hinaus ist eine erweiterte Suchfunktion denkbar, über die besondere Präferenzen (z.B. hinsichtlich der Betreuungsangebote, des Essens, der Räumlichkeiten) angegeben werden können. Bei jedem Suchschritt können mehrere besonders wichtige Aspekte ausgewählt und eine Präferenz für eine Einrichtung ausgedrückt werden. Auf Wunsch können einzelnen Schritte auch übersprungen werden. Des Weiteren ermöglicht eine Webseite eine gestufte, an die Informationsbedürfnisse der einzelnen Nutzer angepasste Informationsbereitstellung (Marshall et al. 2004). Ausgehend von der Ergebnisübersicht sollten die Nutzer – wie in der aktuellen Version – über Links weitere Informationen zu den Einzelergebnissen hinsichtlich aggregierten Indikatoren abrufen können. Damit kann erreicht werden, dass die Gefahr einer Überinformation verringert wird, da nur interessierte Leser mit weiterführenden Informationen konfrontiert werden. Zudem ist denkbar, dass den Nutzern auch Vergleichswerkzeuge zur Verfügung gestellt werden, durch die sie die Möglichkeiten

erhalten, eine begrenzte Zahl von Einrichtungen direkt gegenüberzustellen. Studien von Gerteis et al. deuten darauf hin, dass eine tabellarische Darstellung mit Worten oder Sternsymbolen (1 bis 3 Sterne) besonders häufig als leicht nutzbar empfunden wird (Gerteis et al. 2007). Vielleicht dürfte es aber auch genügen, lediglich die exakten Schulnoten gegenüberzustellen und den höchsten und/oder niedrigsten Wert jeweils farblich zu unterlegen.

- **Beratung:** Henkel (2008) bietet als mögliche Erklärung an, dass Verbraucher entsprechende Qualitäts- und Transparenzberichte nicht umfassend für Entscheidungsfindung nutzen, da diese möglicherweise Probleme haben, ihre Erwartungen bzw. die Ergebnisse mit einem Referenzwert zu vergleichen und dann eine Beurteilung vorzunehmen. Abgesehen von standardisierten (digitalen) Entscheidungshilfen ist demnach zu empfehlen, dass auch die Pflegestützpunkte oder ähnliche Beratungsstellen die Nachfrager bei Bedarf bei der Interpretation der Qualitätsberichte unterstützen. Ein Vorteil der Beratung ist besonders darin zu sehen, dass individuelle Verbraucherinteressen angesprochen werden können und somit der Übertrag bzw. die Bedeutung der recht abstrakten Daten erleichtert werden kann. Da die Bedeutsamkeit des Aspektes „sich ein Bild vor Ort machen zu können“ sehr deutlich in den Interviews zu Tage trat, scheint eine Netzwerkarbeit vor Ort sehr gut geeignet, um den Nutzern einen Eindruck eines Angebotes vor Ort anbieten zu können.

Neben den exemplarisch ausgewählten Problembereichen der Entscheidungsfindung, die sich in erster Linie auf Merkmale der Zielgruppe potenzieller Nutzer sowie Umständen der Entscheidungssituation beziehen, sollten an dieser Stelle weitere Möglichkeiten ausgeführt werden, die Entscheidungsfindung für Verbraucher zu erleichtern. Hauptaufgabe scheint es in diesem Bereich zu sein, die Komplexität des Entscheidungsfindungsprozesses zu reduzieren und ihn möglichst in Teilabschnitten sinnvoll zu strukturieren. Wichtig für das Treffen einer Entscheidung unter Unsicherheit sollte das Bewusstsein darüber sein, was der Verbraucher für sich als wichtig erachtet, denn nur so kann ein Angebot ausgewählt werden, das eine möglichst hohe Lebensqualität der Nutzer ermöglicht. Neben verschiedenen Möglichkeiten der Komplexitätsreduzierung z.B. mit Hilfe einer individuellen Beratung oder des Einsatzes von interaktiven Webseiten sollten alle

## Diskussion der Ergebnisse

Aktivitäten wissenschaftlich begleitet und evaluiert werden, da jede Änderung in den Punkten Rahmenbedingungen, Verbraucherinteressen und Inhalte sowie der Gestaltungsmöglichkeiten Einfluss auf Entscheidungsprozesse nehmen kann, was kontinuierlich reflektiert werden sollte.

## **6 Zusammenfassung und Empfehlungen**

### **6.1 Zusammenfassung Datenanalyse**

Nationale Qualitätstransparenzinitiativen im Bereich der Pflege sind zu begrüßen, da Transparenzinitiativen bzw. öffentliche Berichtssysteme über Qualität von Einrichtungen und Diensten in Gesundheit und Pflege ein wirkungsvolles Instrument darstellen können, um die Gesundheits- und Pflegeversorgung zu verbessern. Die Potenziale liegen darin, dass die Weitergabe von Informationen über Qualität und Leistungen an die Öffentlichkeit dazu führen können, dass die Anbieter mit der höchsten Qualität gewählt werden. Des Weiteren ist es möglich, dass Leistungserbringer auf der Basis entsprechender Ergebnisse dazu motiviert werden, die Qualität zu verbessern. Die internationale Literaturlage weist daraufhin, dass die Entwicklung derartiger Initiativen und der Nachweis entsprechender Effekte sehr komplex sind. Trotz jahrelanger Erfahrungen in anderen Ländern, insbesondere in den USA, bleiben viele Fragen noch unbeantwortet.

Vor diesem Hintergrund müssen auch die nationalen Bestrebungen reflektiert werden, die Gegenstand der vorliegenden Evaluation sind. Die Transparenzkriterien sind in einer sehr kurzen Zeit entwickelt und in die Praxis umgesetzt worden. Diese vom Gesetzgeber vorgegebene kurze Zeitspanne ermöglichte es nicht, ein nach wissenschaftlichen Kriterien entwickeltes Instrument zu veröffentlichen, umzusetzen und zu evaluieren. Die Leistungen aller Beteiligten sind in diesem Zusammenhang hervorzuheben, da im Verhandlungsverfahren zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern die Transparenzkriterien vereinbart und veröffentlicht wurden. Im Rahmen der Evaluation wurde den Auftragnehmerinnen von Seiten der Beteiligten versichert, an einer konstruktiven Entwicklung der Pflege-transparenzkriterien interessiert zu sein.

Die Transparenzkriterien in Deutschland stehen am Anfang einer Entwicklung mit Potenzialen, die erwünschten Ziele zu erreichen, allerdings unter der Voraussetzung, dass der Prozess offen und nach wissenschaftlichen Kriterien und Gesichtspunkten gestaltet und begleitet wird.

Die **Ziele** der hier vorliegenden wissenschaftlichen Evaluation sind im Einzelnen:

Es werden systematische Aussagen darüber gemacht, inwiefern die Pflege-Transparenzkriterien die Anforderungen erfüllen,

- für Pflegebedürftige und Angehörige eine relevante und sinnhafte Basis darzustellen, um sich Informationen über Pflegeeinrichtungen zu beschaffen und diese auf dem Hintergrund individueller Erwartungen und Kriterien zu bewerten,
- die Leistungen und Qualität (insbesondere Ergebnis- und Leistungsqualität) der Pflegeeinrichtungen nachvollziehbar und angemessen abzubilden,
- auf der Grundlage der formulierten Kriterien und Bewertungssystematik eine nachvollziehbare, personenunabhängige und differenzierte Benotung und Berichterstattung vorzunehmen.

Weitere vom Auftragnehmer als relevant erachtete Fragestellungen sind ausdrücklich vom Auftraggeber formuliert, **nicht Gegenstand** der **wissenschaftlichen Evaluation** (vgl. Kapitel 1). Für diese wissenschaftliche Evaluation sind wie auch in der Umsetzung des Programmes Transparenzkriterien **Barrieren** zu beachten, die den Prozess beeinflussen. So standen für die Evaluation nur 4,5 Monate (22. Februar 2010 bis 30. Juni 2010) zur Verfügung. Dabei sind Verzögerungen bei der Übergabe der erforderlichen Rohdaten zu verzeichnen, die erst Anfang Mai 2010 erfolgte. Weitere Barrieren sind, dass in Deutschland keine Erfahrungen mit der Evaluation und Veröffentlichung von Transparenzinitiativen in der Langzeitpflege vorliegen und Erkenntnisse aus dem internationalen Raum aufgrund unterschiedlicher Mess- und Dokumentationsverfahren kaum zu übertragen sind (s. Kapitel 2). Wie Kapitel 2 darüber hinaus zeigt, ist die empirische Basis zu Wirkungen und Nutzen von Transparenzinitiativen noch wenig vorhanden. Zahlreiche Fragen sind noch nicht beantwortet. Des Weiteren konnten keine eigenen Daten erhoben werden. Es konnten nur solche **sekundäranalytisch** ausgewertet werden, die vom Auftraggeber zur Verfügung gestellt wurden. Als weitere limitierende Faktoren kommen hinzu, dass in der quantitativen Datenauswertung keine aktuellen Daten integriert werden konnten, die zur Verfügung gestellten Daten nur Auswertungen in einem begrenzten Umfang (vgl. Kapitel 3.3) zulassen und die Interviews der GfK

nicht auf der Basis explorativer Erkenntnisinteressen durchgeführt wurden, um offen die Informationsbedürfnisse der Zielgruppen sowie Effekte entsprechender Transparenzberichte auf die Zielgruppen zu untersuchen. Auch waren die Auftragnehmerinnen nicht in Prozesse der auf politischer Ebene durchgeführten Diskussionen und möglicher Adjustierungen beteiligt, die möglicherweise einen Einfluss auf das Verfahren sowie Benotungssystematik haben. Als *Outcomes* dieser wissenschaftlichen Untersuchung können kurzfristige Ergebnisse erwartet werden. Die langfristigen und mittelfristigen Ergebnisse können in umfassenderen Untersuchungen in der Zukunft angestrebt werden. Dafür bedarf es **weiterer Erfahrungen** und **langfristig angelegter Untersuchungen** (vgl. Kapitel 1).

Nach der Zusammenfassung der Ergebnisse der quantitativen und qualitativen Daten werden entlang von zwei der drei zentralen Fragestellungen der wissenschaftlichen Evaluation (s. Kapitel 1) abschließend in zwei Kapiteln relevante Ergebnisse zusammengefasst und Empfehlungen sowie Verbesserungspotenziale für die weitere Entwicklung der Transparenzkriterien aus wissenschaftlicher Perspektive formuliert. Frage zwei der wissenschaftlichen Evaluation, die zum Inhalt hat, welche Elemente der Pflege-Transparenzvereinbarungen ambulant (PTVA) und stationär (PTVS) sich aus wissenschaftlicher Perspektive bewährt haben, kann in dieser Evaluation nicht umfassend und systematisch beantwortet werden, da dafür sowohl die Datenbasis als auch die Zeitdauer der wissenschaftlichen Evaluation nicht ausreicht, um wissenschaftlich-systematische Antworten geben zu können.<sup>16</sup>

### 6.1.1 Zusammenfassung der quantitativen Datenanalyse, -auswertung und –diskussion

Eine systematisch-methodische Analyse des Verfahrens der Pflegetransparenzkriterien sowie der darauf aufbauenden Bewertungssystematik und Notenvergabe erfolgt anhand der zur Verfügung gestellten Rohdatensätze. Bei diesen Daten handelt es sich um aggregierte Rohdaten des MDS aus bundesweiten stationären Einrichtungen und ambulanten Diensten. (Berichtsraum stationär **August und September 2009**, Berichtsraum ambulant **Oktober und November 2009**), die

---

<sup>16</sup> Der Begriff „bewährte Elemente“ schließt für die Auftragnehmerinnen ein, dass diese aus wissenschaftlich-methodischer Sicht sinnvoll und angemessen und in der weiteren Entwicklung der Pflegetransparenzkriterien aus dieser Perspektive zu übernehmen wären. Für diese Aussage bedarf es jedoch eines quantitativ und qualitativ erweiterten Datensatzes. Des Weiteren müssen für derartige Aussagen, die systematisch getroffen werden, weitere Erfahrungen vorliegen und die Zeitdauer der Evaluation erweitert werden. Der Begriff „Bewährung“ impliziert unter anderem eine zeitliche Komponente.

im Rahmen der entsprechenden Transparenzprüfungen erhoben wurden. Die Daten wurden Anfang Mai 2010 zur Verfügung gestellt. Es liegen Daten zu **928 stationären Einrichtungen und 231 ambulanten Diensten** vor. Die Daten enthalten Informationen zur Anzahlen: Anzahl Befundeter, Anzahl Befragter, Anzahl Befundeter ohne Befragung und Anzahl Personen, die in die jeweilige Benotung eingehen. Des Weiteren liegt für jedes Einzelkriterium, für die zusammengefassten Qualitätsbereiche und für die Gesamtbewertung eine Benotung über die jeweilig einbezogenen Bewohner/ Kunden vor. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass die zur **Verfügung gestellten Rohdaten bereits auf Einrichtungs-/ Dienstebene aggregiert sind** und zudem **keine Informationen zu strukturierenden Merkmalen** wie Trägerschaft der Einrichtung, oder Bundesland der Einrichtung etc. zur Verfügung stehen. Die Daten auf Bewohner-/ Kundenebene liegen dabei nur als Mittelwerte aus den Noten vor, hierbei gehen jeweils pro Kriterium unterschiedliche Anzahlen (s. Kapitel 4.1.3) in die Berechnung ein. Die jeweiligen diesem Gutachten zugrundeliegenden „Rohdaten“ sind daher eine Mischung aus auf Kriteriumsebene aggregierten Daten (Noten) sowie tatsächlichen Rohwerten (ebenfalls als Noten). Vereinzelt fällt in den Rohdaten auf, dass Datenfehler vorliegen (so gibt es bspw. die Kriteriumsnoten „6“ und „0,0“ oder die Anzahl einbezogener Einrichtungen/ Dienste ist bei Kriterien, die auf Einrichtungs-/ Dienstebene erhoben werden, größer als eins). Das Auftreten dieser Datenfehler lässt erkennen, dass offensichtlich bisher keine ausreichende **Plausibilitätsprüfung** der Daten vorgenommen wird, um **Datenerfassungs- und -übermittlungsfehler** der einzelnen Prüfinstanzen zu vermeiden bzw. ggf. zu korrigieren. Auch sollte daraufhin gewirkt werden, dass eine **technisch einheitliche Datenerfassung und -übermittlung** aller prüfenden Dienste erfolgt, um so systematische Fehler ausschließen zu können und die Grundlage für objektives, reliables und valides Verfahren zu schaffen.

### - **Methodische Gütekriterien des Instrumentes**

Zu den aus methodischer Sicht zunächst grundlegenden Fragestellungen bezüglich eines quantitativen Forschungsinstrumentes gehört die Überprüfung der klassischer Gütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität, da diese als Standard jedes wissenschaftlichen Bewertungsverfahrens anzusehen sind. Daher werden die Ergebnisse dieser Überprüfung hier an den Anfang der Auswertung gestellt. Die hier



## Zusammenfassung und Empfehlungen

formulierten Ergebnisse beziehen sich dabei sowohl auf die Methodik im stationären (PTVS) wie im ambulanten Fall (PTVA).

### Objektivität

Bezüglich der Durchführungsobjektivität ist zunächst positiv anzumerken, dass eine schriftliche Ausfüllanleitung - also ein standardisiertes Verfahren - zum Umgang mit dem Instrument für die Prüfer existiert. Die einzelnen Verfahrensanweisungen zum Umgang mit den Transparenzkriterien sind z.T. jedoch sehr umfangreich und nicht immer selbsterklärend. Insgesamt muss deshalb die Durchführungsobjektivität aufgrund der Komplexität des Gegenstandes und des Verfahrens als fraglich bewertet werden. Die Auswertungsobjektivität des Verfahrens ist gegeben, da hier ein standardisiertes Verfahren zur Umrechnung der gegebenen Bewertungen in Einzelnoten und zusammengefasste Bereichs- und Gesamtnoten vorliegt. Anzumerken ist, dass hierdurch nicht gleichzeitig auch eine (positive) Bewertung der methodischen Sinnhaftigkeit des angewendeten Verfahrens gegeben ist. Eine Interpretationsobjektivität des Verfahrens kann nur eingeschränkt attestiert werden. Zusammenfassend ist festzustellen, dass **zum jetzigen Zeitpunkt** dem Verfahren **nur eine eingeschränkte Objektivität** attestiert werden kann und hierzu weitere Analysen zum Nachweis der Objektivität notwendig erscheinen. Weiterhin bleibt festzustellen, dass die bisher nicht belegte Objektivität des Verfahrens in Bezug auf Datengewinnung und Interpretation auch Auswirkungen auf die weiteren Güteeigenschaften des Verfahrens hat, da die Reliabilität nicht höher sein kann als die Objektivität eines Verfahrens.

### Reliabilität

Die Reliabilität eines Verfahrens gibt Auskunft über die Zuverlässigkeit des Verfahrens im Sinne einer formalen Messgenauigkeit (vgl. Moosbrugger & Kelava 2007:10ff oder Bortz & Döring 2006:196ff). Eine Überprüfung der Reliabilität im Sinne der oben beschriebenen Verfahren hat zum jetzigen Zeitpunkt für das Verfahren der Pflegetransparenzkriterien nicht stattgefunden. Eine Überprüfung anhand der vorliegenden Rohdaten ist nicht möglich. Zusammenfassend ist festzustellen, dass **zum jetzigen Zeitpunkt keine verlässlichen Aussagen zu der Reliabilität** des Verfahrens vorliegen. Die Zuverlässigkeit des Verfahrens im Sinne der Messgenauigkeit kann damit nicht bewertet werden.

### Validität

Als Validität wird die Gültigkeit eines Verfahrens bezeichnet, d.h. misst es tatsächlich das Konstrukt, für das es konstruiert wurde. Dies ist damit das wichtigste - oft aber auch das am schwierigsten nachzuweisende Gütekriterium (vgl. Moosbrugger & Kelava 2007:13ff oder Bortz & Döring 2006:200ff). Aussagen zur Inhaltsvalidität des Pflege-transparenzverfahrens liegen nur in eingeschränkter Form vor. Zum einen sind die einzelnen Kriterien des Verfahrens von Experten und politisch Verantwortlichen im Konsens abgestimmt worden, so dass hier die Annahme einer Inhaltsvalidität gerechtfertigt sein könnte. Zum anderen weist jedoch bereits das Vorwort zu den Pflege-transparenzvereinbarungen auf Einschränkungen diesbezüglich hin. Aussagen zur Kriteriumsvalidität des Pflege-transparenzverfahrens liegen bisher nicht vor. Mangels eines anerkannten Außenkriteriums (Goldstandard) kann eine solche Überprüfung auch nicht anhand der vorliegenden Rohdaten vorgenommen werden. Es kann an dieser Stelle jedoch auf das Projekt „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ des BMG und BMFSFJ hingewiesen werden, in dem valide Instrumente zu Messung von Ergebnisqualität in der vollstationären Versorgung von Pflegebedürftigen entwickelt werden sollen. Aussagen zur Konstruktvalidität des Pflege-transparenzverfahrens liegen bisher ebenfalls nicht vor. Anhand der den Autorinnen vorliegenden Rohdaten kann keine Überprüfung der Konstruktqualität durchgeführt werden, da validierte Tests ähnlicher Merkmale bzw. Ergebnisse daraus nicht zur Verfügung stehen. Bei Vorliegen von validierten Methoden aus dem Modellprojekt „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ des BMG und BMFSFJ könnte hier zukünftig ggf. eine konvergente Konstruktqualität überprüfbar sein. Zusammenfassend lässt sich für das Pflege-transparenzverfahren feststellen, dass bisher bestenfalls eine eingeschränkte Inhaltsvalidität attestiert werden kann, insbesondere jedoch keine Aussagen zu Konstruktvalidität vorliegen. Damit ist **zurzeit kein Nachweis der Validität** des Verfahrens gegeben, Aussagen ob das Verfahren tatsächlich Pflegequalität misst sind nicht möglich.

Der bisher fehlende Nachweis von Güteeigenschaften des Verfahrens bedeutet dabei nicht, dass diese prinzipiell nicht gegeben sind sondern weist darauf hin, dass dieser Nachweis bisher fehlt.

### - **Bewertungssystematik**

Mit Ausnahme der Bewohner-/ Kundenbefragung werden alle Kriterien auf einer dichotomen Skala (erfüllt – nicht erfüllt) bewertet. Dabei bleibt offen, wieso für die Dichotomisierung die Werte 0 und 10 gewählt wurden anstelle einer zunächst näher liegenden Bewertung mit 0 und 1. Aus diesen dichotomen Bewertungen auf Kriteriumsebene wird dann durch Mittelwertbildung (Summe der Skalenwerte geteilt durch die Anzahl einbezogener Bewohner/ Kunden) ein Wert mit einer Genauigkeit von zwei Nachkommastellen auf einer Skala von 0 bis 10 erzeugt, der dann anhand festgelegter Bereiche einer Note zugeordnet wird. Hierbei ist auf folgende Problematiken hinzuweisen:

Die Bewertung einzelner Kriterien erfolgt mit Ausnahme der Kriterien der Bewohner-/Kundenbefragung auf einer nominalen, dichotomen Skala (zur Problematik der Objektivität dieser Bewertung vergleiche (4.1.1), eine Mittelwertbildung setzt jedoch theoretisch prinzipiell ein metrisches Niveau der Daten voraus, so dass die Berechnung eines tatsächlichen Mittelwertes methodisch unzulässig ist. Die anhand der Mittelwerte gebildeten Noten lassen nicht erkennen, welche Begründung den gewählten Skalenbereichen für die Zuordnung zu einer Note zugrunde liegt. Dabei sind die gewählten Breiten der Skalenbereiche durchaus unterschiedlich. Hier könnte durch das Ausweichen auf eine Berechnung von Anteilswerten eine methodisch begründbare Lösung geschaffen werden.

Inhaltlich problematisch ist die Zuordnung der Notenwerte zu einzelnen Kriterien, wenn man dies in Bezug zu den hier tatsächlich zugrundeliegenden Stichprobenumfängen betrachtet. Die Noten 4,2 / 4,0 / 3,0 und 1,1 können damit kriteriumsbezogen überhaupt nicht angenommen werden. Je nach tatsächlichem Stichprobenumfang pro Kriterium können jeweils nur bestimmte Notenstufen angenommen werden. Je kleiner der Stichprobenumfang, desto größer ist das relative Gewicht jeder einzelnen Bewertung und desto größer werden notwendigerweise die „Sprünge“ zwischen den einzelnen Noten. Bezogen auf das relative Gewicht jeder einzelnen Beurteilung sind die Sprünge dabei nicht notwendigerweise gleich groß. Eine weitere Schwierigkeit ergibt sich, wenn man sich anschaut, welcher Anteil an befragten Bewohnern/ Kunden erforderlich ist, um noch mit „mangelhaft“ (schlechter als Note 4,4) oder gerade nicht mehr mit „mangelhaft“ beurteilt zu werden. Es wird deutlich, dass diese Anzahlen/ Anteile je nach Stichprobenumfang deutlich differieren, selbst wenn man den „Sonderfall“  $n=1$  außer

## Zusammenfassung und Empfehlungen

Acht lässt. Die Anteile an Bewohnern/ Kunden pro Stichprobe, die ein Kriterium nicht erfüllen, so dass in der Summe noch eine mangelhafte Bewertung vergeben wird, kann je nach Stichprobenumfang zwischen minimal 56% und 100% betragen. Die Mindestanzahl/ den Mindestanteil an Bewohnern/ Kunden, die für eine nicht mangelhafte Bewertung erforderlich sind, differieren je nach Stichprobenumfang zwischen mindestens 45% und 100%. Inhaltlich bedeutet dies, dass ggf. 55% der einbezogenen Bewohner/Kunden ein Kriterium nicht erfüllen, die Benotung aber dennoch nicht mit „mangelhaft“ erfolgt.

### - Stichprobenauswahl

#### Stationärer Fall

Betrachtet man zunächst die Fallzahlen insgesamt pro Einrichtung, so basieren die Bewertungen im arithmetischen Mittel pro Einrichtung auf 7,5 Bewohnern, die Befragungen auf 7,2 Bewohnern – also insgesamt eher geringen Fallzahlen. Auffallend ist auch, dass sowohl bei der Erhebung bewohnerbezogene Daten als auch bei der direkten Bewohnerbefragung die offiziell vorgegebene Fallzahl überschritten wird. Generell zeigt sich, dass bei den Einzelkriterien die Berechnung der Noten im Mittel insgesamt auf sehr kleinen Fallzahlen beruht. Kleine Fallzahlen bedeuten inhaltlich, dass die daraus gewonnenen Schätzwerte (Noten) – abhängig von der Variabilität in den Ausprägungen - prinzipiell nur ungenau geschätzt werden können und insbesondere bei Mittelwertbildungen aufgrund der mangelnden Robustheit dieser Kenngröße stark (von den anderen Beobachtungen) abweichende Werte (Ausreißer) zu einer verzerrten Schätzung führen können. Einen sehr hohen Anteil an (sehr) kleinen Stichproben (weniger als fünf Bewohner) weisen im stationären Fall insbesondere Kriterien des Qualitätsbereiches 1 (Pflege und medizinische Versorgung) auf. Hier gilt, dass fast alle hier aufgelisteten Benotungen von „kritischen“ Kriterien in mehr als 90% der hier vorliegenden Fälle auf Stichproben mit weniger als fünf Bewohnern beruhen

#### Ambulanter Fall

Im ambulanten Fall ist die Problematik kleiner Stichprobengrößen noch auffälliger. Hier werden für alle Kriterien aus dem Qualitätsbereichen 1 (Pflegerische Leistungen), 2 (Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen) und 4 (Befragung der Kunden) im Mittel Stichprobengrößen von weniger als fünf Kunden erzielt. Der Anteil

an befragten Diensten, bei denen fünf oder mehr Kunden tatsächlich zur Berechnung der Kriteriumsnote herangezogen werden konnten, liegt insbesondere in den Qualitätsbereichen 1 und 2 mit wenigen Ausnahmen deutlich unter 10 %.

### - **Analyse bisheriger Pflegetransparenten**

Nachfolgend sollen abschließend die wichtigsten Auffälligkeiten einer deskriptiven Analyse der zur Verfügung stehenden Daten im stationären und ambulanten Fall beschrieben werden.

#### Stationärer Fall

Im stationären Fall ist zunächst erkennbar, dass es eine Reihe von Kriterien gibt, für die z.T. für mehr als die Hälfte der Einrichtungen keine Kriteriumsnoten vorliegen. Auffallend bei der Betrachtung des Rohdatensatzes ist auch, dass z.T. Fallzahlen nicht dokumentiert sind, jedoch Noten angegeben werden. Weiterhin fällt auf, dass im Datensatz in vielen Fällen eine Note „0,0“ dokumentiert wurde, wenn die Fallzahl ebenfalls „0“ war. Weitere offensichtliche Datenfehler sind das Auftreten eines Notenwertes 6,0

Mit Ausnahme einiger weniger Kriterien im Bereich Q5 (Befragung der Bewohner) wird der Notenbereich von 1,0 bis 5,0 formal ausgeschöpft, jedoch verteilen sich die Notenwerte keinesfalls gleichmäßig über das gesamte Notenspektrum, oft sind die Verteilungen stark bimodal in den Randbereichen. Kriterien, die eine besonders geringe Differenzierung aufweisen (mindestens 75% aller Noten sind nicht schlechter als der Wert 1,5) lassen sich in allen Qualitätsbereichen nachweisen, fast ausnahmslos gilt dies für die Bereiche Q4 (Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene) und Q5 (Befragung der Bewohner). Für die sich aus den Noten der einzelnen Kriterien ergebenden Bereichsnoten setzt sich insbesondere für die Bereiche Q4 (Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene) und Q5 (Befragung der Bewohner) fort, was sich schon in der geringen Variabilität der Kriteriumsnoten abgezeichnet hat, nämlich eine geringe Variabilität in den vergebenen Noten. Auffallend ist auch, dass im Qualitätsbereich 5 als schlechteste Note eine 3,3 angenommen wird. Für die Gesamtnote fällt auf, dass auch bei guten Gesamtnoten hohe Anteile schlechter Noten in Einzelfragen und den Risikofragen auftreten können.

### Ambulanter Fall

Im ambulanten Fall ist zunächst erkennbar, dass es eine Reihe von Kriterien gibt, für die z.T. für mehr als die Hälfte der Einrichtungen keine Kriteriumsnoten vorliegen. Auffallend bei der Betrachtung des Rohdatensatzes ist auch, dass z.T. Fallzahlen nicht dokumentiert sind, jedoch Noten angegeben werden. Weiterhin fällt auf, dass im Datensatz in vielen Fällen eine Note „0,0“ dokumentiert wurde, wenn die Fallzahl ebenfalls „0“ war.

Mit Ausnahme einiger weniger Kriterien in den Bereichen Q2 (Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen) und Q4 (Befragung der Kunden) (wird der Notenbereich von 1,0 bis 5,0 formal ausgeschöpft, jedoch verteilen sich die Notenwerte keinesfalls gleichmäßig über das gesamte Notenspektrum, oft sind die Verteilungen stark bimodal in den Randbereichen. Kriterien, die eine besonders geringe Differenzierung aufweisen (mindestens 75% aller Noten sind nicht schlechter als der Wert 1,5) lassen sich in allen Qualitätsbereichen nachweisen, insbesondere gilt dies für den Bereich Q4 (Befragung der Kunden). Für die sich aus den Noten der einzelnen Kriterien ergebenden Bereichsnoten setzt sich insbesondere für den Bereich Q5 (Befragung der Bewohner) fort, was sich schon in der geringen Variabilität der Kriteriumsnoten abgezeichnet hat, nämlich eine geringe Variabilität in den vergebenen Noten. Zudem können auch bei guten Gesamtnoten hohe Anteile schlechter Noten in Einzelfragen und den Risikofragen auftreten.

### **- Mögliche alternative Berechnungsmodelle**

Ergänzend zu den zuvor analysierten Charakteristiken der Bewertungssystematik sowie der Verteilungen der Noten und Fallzahlen für Einzelkriterien und Qualitätsbereiche/ Gesamtnoten im stationären und ambulanten Fall sind exemplarisch die in Kapitel 3 vorgestellten alternativen Bewertungspfade betrachtet worden. Von den in Kapitel 3 aufgelisteten Modellen (vgl. Tabelle 5, Kapitel 0) können aufgrund der nur in aggregierter Form (auf Heim- oder Dienstebene) vorliegenden „Rohdaten“ die Modelle nicht exakt simuliert werden, insbesondere die Modelle II („Abwertungsmodell“) und IV („Risikokriterienmodell“) können nicht direkt anhand der Daten auf Bewohner-/Klientenebene wie vorgesehen simuliert werden. Aufgrund der größeren Datenlage im stationären Fall werden für die Vergleichsberechnungen die vorliegenden Daten aus stationären Einrichtungen herangezogen. Alle verwendeten Modelle basieren auf der Einbeziehung von zuvor fachlich motivierten Risikokriterien im Sinne einer pflegerellevanten Darstellung von Qualität. Im stationären Fall stammen

## Zusammenfassung und Empfehlungen

alle definierten Risikokriterien aus dem Qualitätsbereich 1 (Pflege und medizinische Versorgung).

### Modell I:

Dem Modell I (Gewichtungsmodell) liegt die Annahme zugrunde, dass alle Kriterien verwendet werden, Risikokriterien werden mehrfach (zweifach, fünffach, zehnfach) gewichtet, die Berechnung und Benotung erfolgt wie im bisherigen Verfahren. Mit zunehmender Gewichtung von Risikokriterien treten stärkere Verschiebungen (sowohl nach oben wie nach unten) im Vergleich zur nicht-gewichteten Bereichsnote auf. Die Gewichtung der Risikokriterien bewirkt insgesamt mit zunehmender Gewichtung der Risikofaktoren eine geringe Verschiebung in Richtung leicht verschlechterter Bereichsnote, es sind jedoch keine wesentlichen Effekte zu beobachten.

### Modell II:

Dem Modell II (Abwertungsmodell) liegt die Annahme zugrunde, dass alle Kriterien verwendet werden. Die Berechnung und Benotung erfolgt zunächst wie im bisherigen Verfahren, anschließend erfolgt ggf. eine Abwertung anhand nicht erfüllter Risikokriterien. Unter Verwendung der vorliegenden aggregierten Daten erfolgt eine Abwertung, wenn ein Risikokriterium (oder ggf. mehrere) für die gesamte Einrichtung nicht erfüllt ist. Modell II kann für einzelne Einrichtungen zu einer Verschlechterung um ein bis zwei Notenstufen führen. Die durchschnittliche Abwertung auf Basis aggregierter Daten beträgt 1,24 Notenstufen, wobei für (sehr) gut eingestufte Einrichtungen die Abwertung seltener im Vergleich zu schlechter eingestufteten Einrichtungen greift.

### Modell III:

Dem Modell III (Reduziertes Modell) liegt die Annahme zugrunde, dass nur Risikokriterien verwendet werden. Die Berechnung und Benotung anhand dieser Kriterien erfolgt wie im bisherigen Verfahren. Die in Modell II neu berechneten Noten können sowohl nach oben wie nach unten von den aggregierten Bereichsnote abweichen, mit zunehmender Verschlechterung dieser Note wird der Bereich möglicher Abweichungen größer. Die Verwendung des reduzierten Modells bewirkt

insgesamt eine geringe Verschiebung in Richtung leicht verschlechterter Bereichsnoten, es sind jedoch keine wesentlichen Effekte zu beobachten

### Modell IV

Dem Modell IV (Risikokriterienmodell) liegt die Annahme zugrunde, dass nur Risikokriterien verwendet werden. Die Berechnung und Benotung erfolgt nur anhand nicht erfüllter Risikokriterien auf Bewohnerebene. Dieses Modell kann aufgrund der Datenlage nicht mehr sinnvoll simuliert werden.

### **6.1.2 Zusammenfassung der qualitativen Daten: Datenanalyse, -auswertung und –diskussion – Interviews mit potenziellen Nutzer/ - innen (GfK)**

Die Tiefeninterviews der GfK wurden gemäß der Vorgehensweise der qualitativen Inhaltsanalyse von Mayring (2003) ausgewertet. Es wurden Haupt- und Unterkategorien gebildet und die Daten aus den Interviews diesen zugeordnet. Nachfolgend werden die Ergebnisse zu den Hauptkategorien zusammenfassend dargestellt:

#### **- Kategorie „Nützlichkeit“**

Die Daten scheinen daraufhin zu deuten, dass zum Zeitpunkt der Befragung die Interviewten die Einführung der Transparenzberichte als nützlich empfinden. Sie ermöglichen aus Sicht der Befragten eine Vorauswahl, anhand derer Einrichtungen vorausgewählt bzw. herausgefiltert werden können. Diese Vorauswahl wird den Aussagen zur Folge jedoch über persönliche Kontaktaufnahmen mit den in Frage kommenden Einrichtungen und Diensten erweitert. Der Internetzugang wird nicht in Frage gestellt, sollte aus Perspektive der Befragten jedoch um weitere Zugangswege erweitert werden (z.B. ausgedruckte Materialien, die beim behandelnden Arzt o.ä. vorliegen)

#### **- Kategorie „Verständlichkeit“**

Die im Januar 2010 Interviewten beurteilen die Form der Transparenzberichte sowie die Einteilung der Qualitätsbereiche als „verständlich“. Kritikpunkte werden am Layout geäußert wie bspw. zu kleine Schrift oder fehlende Erläuterungen und



Erklärungen zu Fachbegriffen, Oberbegriffen und Abkürzungen oder farbliche Unterscheidung guter und schlechter Noten. Zu Missverständnissen kam es in den Punkten: Anzahl der befragten Kunden der Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste; Nachvollziehbarkeit des Beurteilungsverfahrens; Benotungssystem, das z.T. nicht verstanden oder hinterfragt wird. Übersichtlichkeit und Zweckmäßigkeit der Berichte scheinen in der Perspektive der Befragten im Vordergrund zu stehen.

### - **Kategorie „Vergleichbarkeit“**

Die Befragten stellen den MDK als Institution für die Prüfungen und Berichterstattungen nicht in Frage und zeigen Vertrauen in den MDK. Gleichwohl sollte der MDK als Institution mit seinen Aufgaben und der Ablauf der Prüfungen erläutert werden. Der Landesdurchschnitt spielt für die Befragten keine Rolle in der Entscheidungsfindung, da die Wohnortnähe in der Suche von größerer Relevanz ist. Die Möglichkeit, dass die Pflegeeinrichtungen sich zu den Benotungen äußern können, wird positiv von den Befragten aufgenommen. Die Heimbewohner-/Kundenbefragung wird auf der einen Seite skeptisch beurteilt, da die Anzahl der einbezogenen Kunden bzw. Heimbewohnern vielfach als zu klein erscheint als auch die Abhängigkeitsposition kritisch reflektiert wird. Auf der anderen Seite werden Aussagen von Betroffenen oder pflegenden Angehörigen als relevant für die Entscheidungsfindung betrachtet.

### - **Kategorie „Serviceleistungen und Pflegeangebote“**

Die Befragten äußern Interesse an den Kosten, da diese eine zentrale Rolle zu spielen scheinen in der Wahl für oder gegen eine Einrichtung/ einen Dienst. Aus Sicht der Interviewten können nur Angebote in die engere Wahl gezogen werden, die auch von ihnen finanziert werden können. Es wird auch der Wunsch geäußert, dass neben den Kosten auch ausführlichere Informationen über Leistungen der Einrichtungen und Dienste präsentiert werden. Ebenso ist ein Ergebnis, dass die Schwerpunkte der Einrichtungen in der Entscheidungsfindung von Relevanz sind sowie die Wohnlichkeit und Ausstattung der Einrichtung. Die Suche der Einrichtungen wird auf den Umkreis des derzeitigen Wohnortes im Umkreis von 10km als wünschenswert eingekreist. Auch wird in den Interviews die Bedeutung der

persönlichen Zuwendung, des Personalschlüssels und der Qualifikation des Personals betont.

### **6.2 Tauglichkeit der Pflege-transparenzkriterien, des Bewertungssystems und der Darstellung von Ergebnissen (Layout)**

Im Rahmen der vorliegenden Evaluation wurden sowohl zur Verfügung gestellte Daten aus den Bewertungen von stationären Einrichtungen und ambulanten Diensten analysiert als auch Interviews von potentiellen Nutzern der Transparenzberichte sowie weitergehende Materialien wie Protokolle des Expertenworkshops vom 22.02.2010 und ein Abschlussbericht des MDS (2010) Für alle hier getroffenen Aussagen ist nochmals auf gegebene Limitierungen in der Datenbasis hinzuweisen (vgl. Kapitel 3.1), so dass Aussagen nur vor diesem Hintergrund zu treffen sind.

#### **6.2.1 Tauglichkeit der Pflege-transparenzkriterien, des Bewertungssystems und der Darstellung von Ergebnissen aus wissenschaftlicher Perspektive**

Nachfolgender Punkt wird unter dem **Vorbehalt** erläutert, dass er prinzipiell geeignet erscheint, **jedoch** einer wissenschaftlichen Überarbeitung und Entwicklung bedarf, wenn die Pflege-transparenzkriterien aussagekräftige Ergebnisse erzielen sollen.

Prinzipiell wird das Vorliegen einer Ausfüllanleitung als sinnvoll und nützlich betrachtet und ist grundsätzlich zu befürworten. Sie haben das Potenzial, die Durchführungsobjektivität zu gewährleisten. Jedoch ist eine weitere Standardisierung und methodisch-systematische Entwicklung der Ausfüllanleitungen notwendig, um Differenzen in der Beurteilung zu reduzieren bzw. zu vermeiden.

#### **6.2.2 Tauglichkeit der Pflege-transparenzkriterien, des Bewertungssystems und der Darstellung von Ergebnissen aus Sicht der Befragten**

Es ist zu berücksichtigen, dass die Ergebnisse der Interviews sich nur auf ein Portal beziehen und auf Daten beruhen, die Anfang Januar 2010 erhoben worden sind. Diese Interviews stellen im Grunde eine Querschnittserhebung zu einem relativ frühen Zeitpunkt nach der Einführung der Pflege-transparenzkriterien dar. Des

Weiteren sind über die Rekrutierung der Interviewten keine Details bekannt. Mit anderen Worten, es können keine Aussagen darüber gemacht werden, ob und inwiefern Befragte unmittelbar von der Notwendigkeit der Wahl einer Pflegeeinrichtung oder eines Dienstes betroffen waren. Diese Betroffenheit lenkt internationalen Studien zur Folge ganz besonders die Wahl entsprechender Angebote (vgl. Kapitel 2.1 und Kapitel 2.2). Auch ist davon auszugehen, dass die GfK naturgemäß weniger von einem wissenschaftlich-explorativen Erkenntnisinteresse geleitet ist, so dass angenommen werden kann, dass der Interviewleitfaden als auch die Interviewführung auf der Basis anderer Regeln, Systematiken und Erkenntnisinteressen als der qualitativen Forschung folgten. Gleichwohl können aus den Daten Erkenntnisse gewonnen werden, die aus der Perspektive der Befragten auf taugliche Elemente der Pflege-transparenzberichte hindeuten, die für die weitere Entwicklung von Relevanz sein können.

### – **Hilfreich für die Suche und Entscheidung aus Sicht der Verbraucher**

Die Interviewergebnisse weisen daraufhin, dass die Interviewten die Pflege-transparenzberichte prinzipiell als sinnvolle, hilfreiche und nützliche Ergänzung in der Suche und in der Wahl von Einrichtungen und Diensten sehen. Gleichwohl ist zu beachten, dass die Daten keine Hinweise darüber geben, ob durch die Transparenzberichte tatsächlich die Informationsbedürfnisse der Verbraucher erfüllt und Entscheidungen darüber gesteuert werden. Die Interviewergebnisse der GfK deuten daraufhin, dass Verbraucher/-innen weitere Informationen als sinnvoll erachten, die über die eher fachlichen Kriterien hinausgehen. Vor diesem Hintergrund und auf der Basis der Ergebnisse des internationalen Forschungsstandes sind weitere systematische Ergebnisse erforderlich, die Aussagen machen über Informationsbedürfnisse sowie Effekte der Transparenzberichte in der Entscheidungsfindung von Verbrauchern/-innen.

### - **Internet als Informationsquelle und Plattform für Pflege-transparenzberichte**

Das Internet als Informationsquellen und als Plattform scheint sich als eine Informationsquelle zu bewähren und wird nicht in Frage gestellt. Gleichwohl betonen die Befragten, dass weitere Quellen hinzugezogen werden wie Verwandte, Bekannte oder Vor-Ort-Besichtigungen.

- **Vergabe von Noten**

Die Noten scheinen einen Einfluss auf die persönliche Entscheidung zu nehmen. Sie haben offensichtlich die Funktion, eine Vorauswahl von Einrichtungen und Diensten zu beeinflussen. Die Vergabe von Noten wird von den Befragten nicht in Frage gestellt. Gleichwohl muss beachtet werden, dass weitere Kriterien wie Wohnortnähe, eigener Eindruck vor Ort, Erfahrungen von Bekannten und Freunden sowie weiche Kriterien wie Mitnahme von eigenem Mobiliar, Freizeitangebote und als weitere Faktoren in der Entscheidungsfindung eine Rolle zu spielen scheinen.

- **Stellungnahme der Pflegeeinrichtung**

Die Stellungnahme der Pflegeeinrichtungen und –dienste stellt offensichtlich für einen Großteil der Befragten eine wichtige Komponente dar, um die Notenvergabe einordnen zu können.

- **MDK als Prüfinstanz**

Aus Sicht der Befragten wird der MDK als Prüfinstanz anerkannt und die Rolle und Funktion des MDK nicht in Frage gestellt. Ausweitungen und Prüfverfahren durch weitere Prüfinstanzen scheinen Verbraucher/-innen hingegen eher zu verwirren. Sie stellen offensichtlich weitere Informationen dar, die verarbeitet und eingeordnet werden müssen. Dieses Ergebnis steht in Übereinstimmung mit der internationalen Literaturlage (vgl. Kapitel 2.1 und 2.2), dass zu viele Informationen von den Zielgruppen als verwirrend und nicht förderlich erachtet werden. Gleichwohl ist den Befragten die Unabhängigkeit und Sachkenntnis der Prüfinstanz sowie eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse von großer Wichtigkeit.

- **Gestaltung/ Informationsvermittlung (Layout) – Format**

Das Layout in Form eines pdf-Formates wird in der vorliegenden Form von den Befragten nicht in Frage gestellt. Es werden Verbesserungsvorschläge gemacht, die sich insbesondere auf Schriftgröße, Symbole, Verlinkung mit Einrichtungen und Dienste und ähnliches beziehen. Jedoch ist auch diesbezüglich zu berücksichtigen, dass die Aussagen sich nur auf ein Webportal beziehen und die Befragten vermutlich erstmalig mit den Pflegetransparenzberichten konfrontiert worden sind. Des Weiteren

können keine Aussagen darüber gemacht, wie und inwiefern die Pflge­transparenz­berichte in der Entscheidungsfindung in der realen Situation zugrundegelegt werden und nützlich sind. Aus diesem Grunde müssen entsprechende Ergebnisse aus wissenschaftlicher Perspektive vorsichtig interpretiert werden. Weitere Forschungsergebnisse sind notwendig, um Aussagen über wirkungsvolle Layouts treffen zu können. Die internationale Forschungslage weist daraufhin, dass multidimensionale und flexible Informationsportale eher den Bedarfen und Bedürfnissen der Zielgruppen entsprechen (vgl. Kapitel 2.1 und 2.2).

### **6.3 Empfehlungen und Verbesserungspotenziale aus wissenschaftlicher Perspektive**

#### **6.3.1 Empfehlungen und Verbesserungspotenziale aus wissenschaftlich-methodischer Perspektive**

Auf der Basis der Analyse, Auswertung und Diskussion der zur Verfügung gestellten Datensätze aus stationären Einrichtungen und ambulanten Diensten (s. Kapitel 3, Kapitel 3.3.2 und Kapitel 5) und auch vor dem Hintergrund der sich daraus ergebenden Limitationen werden folgende Empfehlungen für eine methodische Weiterentwicklung der Transparenzkriterien formuliert:

#### **Empfehlung a) Überprüfung/Nachweis von Gütekriterien des Instrumentes zur Erfassung von Transparenzkriterien**

Unter der Maßgabe, dass ein Instrument zum Einsatz kommen soll, welches wissenschaftlichen Standards entspricht und nicht primär pragmatisch oder politisch motiviert ist, ist zunächst eine grundlegende Überprüfung der Gütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität erforderlich. Es wird daher empfohlen, den bisher ungeklärten Nachweis der Güte des Verfahrens für definierte Kriterien zu erbringen, um eine methodische Basis für das Verfahren zu schaffen. Für die Zusammenfassung von definierten Einzelkriterien zu Bewertungsbereichen, ist nachzuweisen, dass diese Bereiche tatsächlich eindimensional in Bezug auf das zugrunde liegende Konstrukt sind.

### **Empfehlung b) Überprüfung von Einzelkriterien des Instrumentes zur Erfassung von Transparenzkriterien**

Die Berechnungen aufgrund des vorliegenden Datenmaterials haben gezeigt, dass für eine Vielzahl von Kriterien zum einen nur sehr geringe Stichprobenumfänge für eine Bewertung zur Verfügung stehen (vgl. hierzu auch Empfehlung d) und zum anderen bestimmte Kriterien nicht zwischen verschiedenen Einrichtungen/ Diensten differenzieren. Es wird daher empfohlen, die Sinnhaftigkeit der definierten Kriterien im Hinblick auf die Zielstellung des Instrumentes unter Berücksichtigung der hier erzielten Ergebnisse nochmals zu überprüfen und die Auswahl der Kriterien entsprechend anzupassen. Beispielhafte Kriterien sind folgende Kriterien, die nach bisherigen Erkenntnissen einen geringen Differenzierungsgrad aufweisen und keine pflegerelevanten Qualitätsaussagen zulassen: T 40 (Sind zielgruppengerechte Bewegungs- und Aufenthaltsflächen vorhanden?) und T 48 (Veranstaltet das Pflegeheim jahreszeitliche Feste?) im stationären Fall und T 30 (Gibt es wirksame Regelungen innerhalb des Pflegedienstes, die die Einhaltung des Datenschutzes sicherstellen?) im ambulanten Bereich.

### **Empfehlung c) Überprüfung von Verfahrensanweisungen zur Erfassung von Transparenzkriterien**

Die Analysen bzgl. der Gütekriterien des Verfahrens haben gezeigt, dass die Objektivität des Verfahrens u.a. von einer eindeutigen Verfahrensanweisung zur Bewertung von Kriterien abhängt, die nicht dem Interpretationsspielraum der einzelnen Prüfenden überlassen werden dürfen. Es wird daher empfohlen, Ausfüllanleitungen noch einmal dahingehend zu überarbeiten, dass diese differenzierter und standardisierter gestaltet werden, um eine einheitliche Bewertung zu gewährleisten. In diesem Zusammenhang erscheint auch eine länderübergreifende einheitliche Schulung von Prüfenden zum Verständnis und zur Umsetzung der Prüfkriterien sinnvoll.

### **Empfehlung d) Überarbeitung der Berechnungssystematik/ Notenvergabe auf Kriteriumsebene**

Um die Problematik der methodisch unzulässigen Mittelwertbildung aus dichotomen Merkmalswerten zu umgehen, sollte der Anteil an Bewohnern/ Kunden, die das jeweilige Kriterium erfüllen, anstelle der bisher als Skalenmittelwerte ausgewiesenen

## Zusammenfassung und Empfehlungen

Werte berechnet werden. Auch auf Einrichtungs-/ Dienstebene erhobene Kriterien sollten aus methodischer Sicht dabei prinzipiell als „Mittelungen“ aller Bewohner/Kunden aufgefasst werden. In Abhängigkeit von den definierten Kriterien sollte zudem auch überprüft werden, ob eine abgestufte anstelle einer dichotomen Bewertung zu besseren Gütekriterien führt.

Die Zuordnung von Anteilswerten zu einer Bewertung sollte im Sinne von „erfüllt“ oder „nicht erfüllt“ bewertet werden. Wenn eine Notenvergabe aufgrund ihrer plakativen Wirkung als unverzichtbar erscheint, sollte diese Note aufgrund der Komplexität der zugrundeliegenden Sachverhalte nicht auf eine Nachkommastelle genau im Bereich 1,0 bis 5,0 erfolgen sondern lediglich in Bereichen von „sehr gut“ / „gut“ / „befriedigend“ / „ausreichend“ oder „mangelhaft“ bewertet werden. Hierbei können je nach Kriterium durchaus unterschiedliche Anteilswerte für die jeweiligen Noten zugrunde gelegt werden, da definierte Kriterien eine unterschiedliche Relevanz bzgl. des Wohlergehens der Bewohner/ Kunden haben können. Die Entscheidung hierüber ist nach sorgfältiger Abwägung der zur Verfügung stehenden gesicherten Informationen im Sinne einer Evidenzbasierung zu belegen. Da Einrichtungen/ Dienste im Regelfall keine steuernde Wirkung darauf haben, welche „Risikostrukturen“ bei ihren Bewohner bzw. Kunden vorliegen, sollte eine adäquate Risikoadjustierung – verstanden im internationalen Sinne – in die Berechnungssystematik aufgenommen werden.

Bei der Vergabe von Bewertungen/ Noten wird zudem empfohlen, den zugrundeliegenden Stichprobenumfang mit einzubeziehen. Können für die Bewertung eines Kriteriums nur weniger als fünf Fälle herangezogen werden, so ist von einer Bewertung/ Benotung aufgrund der mangelnden Stabilität abzusehen. Eine Ausnahme bildet hierbei der Fall, dass aufgrund der geringen Größe einer Einrichtung/ eines Dienstes eine Totalerhebung durchgeführt wird. Hierbei ist darauf hinzuweisen, dass die Empfehlung der Einbeziehung von mindestens fünf Fällen für eine Bewertung nicht einer mathematisch-statistisch abgesicherten Fallzahlplanung entstammt sondern lediglich aus Praktikabilitätsgründen als einzubeziehende Untergrenze für eine sinnvolle Bewertung vorgeschlagen wird.

**Empfehlung e) Überarbeitung der Berechnungssystematik/ Notenberechnung auf Bereichsebene bzw. für eine Gesamtnote**

Eine Berechnung von Bereichsbewertungen/-noten sollte aus Gründen der Vergleichbarkeit nur erfolgen, wenn mindestens 80% der Kriterien eines definierten Bereiches der Empfehlung d) folgend bewertet werden können. Stehen für mehr als 20% der Kriterien eines definierten Bereiches keine Bewertungen zur Verfügung, so ist die Zusammensetzung eines Bereiches aus definierten Kriterien (weniger als 80% aus N Kriterien) als zu unterschiedlich zu bewerten. Die Überschneidung in den Kriterien wäre bei einer 80%-Regelung für 60% aller definierten Kriterien eines Bereiches gegeben, das Festlegen von Grenzwerten unterhalb der 80% Regelung würde ab einem Wert von 75% nur noch zu Überlappungen von weniger als der Hälfte der Kriterien führen und damit keine Vergleichbarkeit mehr gewährleisten (vgl. Kapitel 5.2). Das Festlegen von Grenzwerten oberhalb der 80%-Regelung verbessert die Vergleichbarkeit der Einrichtungen/ Dienste - es ist jedoch aufgrund der Erfahrungen aus den vorliegenden Datenanalysen zu befürchten, dass hierdurch eine Berechnung von Bereichsbewertungen/-noten für viele Einrichtungen/ Dienste aufgrund nicht bewertbarer Kriterien nicht mehr möglich ist.

Im Falle, dass die Bewertung/Benotung eines Bereiches nicht möglich ist, sollte auf die Ausweisung einer zusammenfassenden Bewertung („Gesamtnote“) aus Gründen der mangelnden Vergleichbarkeit ebenfalls verzichtet werden.

Die Frage der Vergabe von „Gesamtnoten“ sollte kritisch geprüft werden. Sie ist aus wissenschaftlicher Perspektive dann anzuraten, wenn eine angemessene und nachvollziehbare Berechnungssystematik zugrundeliegt, so dass auch eine Vergleichbarkeit der Einrichtungen und Dienste auf dieser Basis möglich ist. Die vorliegenden qualitativen Interviews deuten daraufhin, dass die Gesamtnoten für potenzielle Nutzergruppen weniger relevant sind. Die potenziellen Verbraucher scheinen eher auf die sie interessierenden Bereichs- und/oder Teilnoten zu schauen.

**Empfehlung f) Einbeziehung von Risikokriterien in die Berechnungssystematik/ Notenberechnung auf Bereichsebene bzw. für eine Gesamtnote**

Unter der Maßgabe, dass Transparenzkriterien als pflegewissenschaftlich relevant für erbrachte Pflegequalität identifiziert werden können, sollten diese in das Benotungsschema einbezogen werden. Aufgrund der Ergebnisse aus den beispielhaften Modell-Simulationen wird empfohlen, diese Einbeziehung im Sinne



eines zu erstellenden und pflegewissenschaftlich zu begründenden Abwertungsschemas (etwa analog zu Modell II) vorzunehmen, so dass Einrichtungen/ Dienste, die diese wesentlichen „Risikokriterien“ nicht erfüllen, eine schlechte Benotung hierbei nicht durch andere – weniger relevante Kriterien – kompensieren können.

### **Empfehlung g) Überprüfung des gewählten Stichprobenverfahrens**

Vor dem Hintergrund, dass eine theoretisch ideale Lösung einer Vollerhebung (ggf. mit Adjustierung nach bestehendem „Risikoprofil“ der Bewohner/ Kunden) aus praktischen Gründen nicht durchführbar erscheint, bleibt eine Stichprobenauswahl aus den jeweiligen Bewohnern einer Einrichtung bzw. Kunden eines ambulanten Dienstes die einzig praktikabel erscheinende Lösung, wenn man die Belastung bzw. den Aufwand der Geprüften und der Prüfenden in Betracht zieht. Analysen der zur Verfügung stehenden Daten haben jedoch gezeigt, dass die tatsächlich für eine Bewertung zur Verfügung stehenden Anzahlen von Bewohnern/ Kunden aufgrund des bisherigen Auswahlverfahrens oftmals sehr bzw. zu klein sind. Aus diesem Grund wird empfohlen, die aus Praktikabilitätsgründen gewählte Stichprobengröße von 10% aller Bewohner/ Kunden einer Einrichtung/ eines Dienstes beizubehalten, jedoch mit der zusätzlichen Einschränkung zu versehen, dass mindestens zehn Bewohner/ Kunden (bisher fünf) einbezogen werden. Bei Einrichtungen/Diensten, die weniger Bewohner/Kunden aufweisen, sollte eine Vollerhebung durchgeführt werden. Das Problem, dass ggf. durch die Auswahl der Bewohner/ Kunden bestimmte Kriterien nicht mit der nötigen Fallzahl erfasst werden können, ist damit jedoch nicht grundlegend gelöst. Hierzu wird zusätzlich auf die Empfehlung d) und e) zu Überarbeitung der Berechnungssystematik/ Notenberechnung verwiesen.

### **Empfehlung h) Überprüfung des gewählten Datenerfassungs- und – übermittlungsverfahrens**

Die bei der Analyse des zur Verfügung gestellten „Rohdatensatzes“ zu Tage getretenen Datenfehler (vgl. Kapitel 4.1.1 Gütekriterien) lassen vermuten, dass zurzeit keine ausreichende Plausibilitätskontrolle der erfassten und übermittelten Daten vorliegt. Es wird deshalb empfohlen, das Verfahren zur Datenerfassung und Datenübermittlung in allen beteiligten Bundesländern nochmals dahingehend zu überprüfen und zu vereinheitlichen, um hieraus resultierende Datenfehler zu

vermeiden. Es sollte eine automatisierte Implementierung von Plausibilitätsverfahren vorgesehen werden und Verfahrensbeschreibungen dahingehend erweitert werden, dass das Vorgehen bei Erkennen von Datenfehlern standardisiert vorgegeben und zwingend dokumentiert wird. Zudem wird dringend empfohlen, die Datenerfassung und -übermittlung für alle prüfenden Dienste technisch einheitlich zu gestalten, um mögliche aus einer unterschiedlichen Erfassung resultierende systematische Fehler zu vermeiden und die Grundlagen für ein objektives, reliables und valides Prüfverfahren zu schaffen.

### **6.3.2 Empfehlungen und Verbesserungspotenziale aus wissenschaftlich-inhaltlicher Perspektive**

Die nachfolgenden Empfehlungen werden auf der Basis der vorherigen Analysen und Diskussionen aus den Kapitel 2 bis 5 formuliert und differenzieren sich in die Bereiche: Instrument – Transparenzkriterien; Heimbewohner- / Kundenbefragung; Darstellung / Layout der Transparenzberichte.

#### **Instrument – Transparenzkriterien**

Auf der Basis der Analyse der internationalen Forschungslage zu Transparenzeninitiativen im Gesundheits- und Pflegewesen (s. Kapitel 2) werden folgende Empfehlungen für eine inhaltliche Entwicklung der Transparenzkriterien formuliert:

#### **Empfehlung a) Definition und Eingrenzung des Begriffes „Qualität“ im Zusammenhang mit Qualitätsprüfungen und Transparenzkriterien**

Vor dem Hintergrund der Diskussion um und über die Bedeutung und Funktion der Transparenzkriterien ist es empfehlenswert, eine Definition bzw. ein Verständnis von Qualität zu formulieren und voran zu stellen, um den Begriff sowie die Teilbereiche Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu klären und damit auch die Auswahl der Kriterien, das Verfahren der Messung und der Benotung nachvollziehbarer zu machen. Bisher ist in Deutschland die Definition von Pflegequalität bzw. Qualität in der Pflege unklar. In den Diskussionen wird offensichtlich, dass das Verständnis von Qualität und damit die Aufgabe der Qualitätsprüfungen nicht deutlich sind. Bspw. scheint u.a. fraglich zu sein, ob die Hauptaufgabe darin besteht, Defizite in der Pflege

darzustellen und den Transparenzkriterien diese Funktion auch zukommt. Diese Unsicherheiten können durch systematisch hergeleitete Definitionen abgegrenzt werden.

### **Empfehlung b) Klärung der Funktion und Bedeutung Transparenzkriterien**

Die Diskussionen um die Transparenzkriterien (s. Kapitel 2.4) zeigen, dass Aufgabe, Zielstellung und Verständnis der Transparenzkriterien nicht deutlich sind. Es entsteht der Eindruck, dass die Transparenzkriterien als zusätzliche Prüfung zu den bereits stattfindenden Qualitätsprüfungen verstanden werden.

Es wird empfohlen, die Funktion und Bedeutung der Transparenzkriterien im Sinne einer Transparenz darzulegen und zu differenzieren. Der gesetzlichen Grundlage (§ 115 Abs. 1a SGB XI) zur Folge sind die Transparenzkriterien nicht als eine weitere Prüfung zu verstehen, sondern als eine Möglichkeit, basierend auf den Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI und § 114a SGB XI und den Qualitätsprüfungen nach § 115 Abs. 1 SGB XI, die Leistungen und die Qualität der Leistungen darzustellen. Mit anderen Worten, die Transparenzkriterien, -berichte, und -veröffentlichungen sind den Qualitätsprüfungen und –berichten nachgeordnet und deren Hauptfunktion ist es, die Leistungen und deren Qualität für Pflegebedürftige, Angehörige und Verbraucher nachvollziehbar und verständlich darzustellen. Damit wird deutlich, dass sie nicht als eine weitere und zusätzliche Prüfung zu verstehen sind, sondern dem Worte nach als eine vereinfachte und für die Zielgruppe sinnvoll selektierte Auswahl von Qualitätsergebnissen und Leistungen der Einrichtungen und Dienste in der Langzeitpflege.

### **Empfehlung c) Auswahl von Kriterien und Überprüfung der Instrumente „Qualitätsprüfung“ und „Transparenzkriterien“**

Für eine Veröffentlichung und Benotung sollten Kriterien gewählt werden, die auch von den Einrichtungen und Diensten hinsichtlich der Qualität beeinflussbar sind. Dies kann möglicherweise durch eine Berücksichtigung von pflegesensitiven Outcomes oder pflegesensitiven Risikokriterien bzw. Risikoadjustierung von bestimmten Kriterien geschehen. Eine weitere alternative Möglichkeit ist, für die Darstellung von Qualität und Leistungen der Einrichtungen und Dienste zum einen Kernkriterien zu wählen, die für alle gleichermaßen gelten, und zum anderen einrichtungs- bzw. dienstspezifische Kriterien heranzuziehen, da nicht alle Kriterien für alle

## Zusammenfassung und Empfehlungen

Einrichtungen zu treffen, da bspw. einige Einrichtungen Schwerpunkte in der Betreuung anbieten (bspw. Palliativversorgung, Demenzerkrankte u.ä.).

Im internationalen Raum empfehlen Experten die Anwendung des Minimum Data Sets, um Qualität und Qualitätsverbesserungen in der Langzeitpflege darzustellen. Der Vorteil liegt zum einen darin, dass das Instrument hinsichtlich der Gütekriterien umfassend geprüft ist und zahlreiche Erfahrungen damit vorliegen. Zum anderen werden sowohl Patientenoutcomes wie Dekubitalgeschwüre, Inkontinenz, Verhalten der Bewohner, Bewohnerrechte, Mortalität, als auch Prozessindikatoren wie Mobilitätseinschränkungen, Hautpflege, Katheterisierungen und Ombudsmannprogramme einbezogen. Auf der Basis der systematischen Erfahrungen im internationalen Raum erscheint es sinnvoll zu überprüfen, ob das Minimum Data Set eine Möglichkeit der Qualitätsprüfung und anschließender Nutzung für die Transparenzkriterien sinnvoll und möglich ist.

In Anbetracht der Tatsache, dass in Deutschland Qualitätsprüfungsrichtlinien vorliegen, die die Qualitätsprüfungen in der ambulanten und stationären Pflege regeln und vorgeben, und eine Übernahme bzw. Prüfung des Minimum Data Set nicht wahrscheinlich ist, wird empfohlen, das vorliegende Qualitätsprüfungsinstrument einer wissenschaftlichen Überprüfung der Gütekriterien zu unterziehen. In einem zweiten Schritt sollten analog der Entwicklungen im internationalen Raum im Rahmen von Transparenzinitiativen aus dem Qualitätsprüfungsinstrument Indikatoren gewählt werden, die für die Darstellung der Qualität und Leistungen der Einrichtungen und Dienste sinnvoll sind und diese angemessen abbilden. Dabei sind Indikatoren Kriterien vorzuziehen, da Qualitätsindikatoren als Maße zu verstehen sind, „deren Ausprägungen zwischen guter und schlechter Qualität von Strukturen, Prozessen und/oder Ergebnissen der Versorgung ermöglichen“ (Geraedts et al. 2002). Kriterien hingegen sind als Eigenschaften zu verstehen, „deren Erfüllung typischerweise bei einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung erwartet wird (z.B. Zugänglichkeit der Versorgung, Wirksamkeit in der Versorgungspraxis“ (Geraedts et al. 2002). Die Auswahl der Indikatoren sollte auf Basis international wissenschaftlicher Kriterien erfolgen und zwar basieren auf den Kriterien: „Relevant“ (relevant für das Versorgungsziel), „Understandable“ (verständlich auch für Anwender), „Measurable“

## Zusammenfassung und Empfehlungen

(im Besonderen valide und reliabel), „Behaviorable“ (durch Verhalten veränderbar) und „Achievable“ (durchführbar). Für Indikatoren, die über Ja-Nein-Entscheidungen ein Problem erfassen, gelten die Kriterien: Sensitivität, Spezifität, positiver Prädiktionwert (Halber 2003). Halber (2003) betont, dass sauber entwickelte und validierte Qualitätsindikatoren zu „Benchmark“, Transparenz und Steuerung im Gesundheitswesen beitragen können. Zu berücksichtigen ist auch, dass unterschiedliche Zielgruppen möglicherweise unterschiedliche Indikatoren bevorzugen. Beispielsweise können Verbraucher Indikatoren bevorzugen, die Kommunikation und interpersonale Beziehungen darstellen, und Kostenträger möglicherweise Indikatoren, die Bereiche mit hohen Kosten präsentieren. Mit anderen Worten, die Indikatoren sollten den unterschiedlichen Zielgruppen angepasst werden (Rubin et al. 2001).<sup>17</sup>

In der Auswahl der Indikatoren ist eine Orientierung an internationalen Erfahrungen möglich, die Indikatoren können dabei folgende Dimensionen umfassen:

- Ernährung und Flüssigkeit
- Schmerz
- Kontinenz
- Funktionsstatus
- Dekubitus
- Mobilität/Mobilitätsrestriktionen
- Kontrakturen
- Depression
- Infektionen
- Impfungen
- Psychotrope Medikationen

---

<sup>17</sup> Rubin et al. (2001) beschreiben sehr detailliert, wie die Entwicklung eines Qualitätskriteriums bzw. -maßnahme bis hin zu einem Indikator methodologisch erfolgt. Weitere relevante Schritte sind unter anderem, für einen Indikator die zu erwartende Performanz und ein Protokoll für das Scoring zu definieren. Des Weiteren gehört dazu, einen detaillierten Plan dafür zu entwickeln, wie die Daten zu analysieren und wie die statistische und klinische Signifikanz zu determinieren sind. Dazu gehört eine Beschreibung der Stichprobe, wie mit Missings umgegangen wird, eine Beschreibung der Analyseeinheiten, eine Beschreibung der Vergleichsgruppe, u.v.m. Es sollte beachtet werden, dass trotz statistischer Rigorosität die Ergebnisse von möglichen Zielgruppen unterschiedlich interpretiert werden. Aus diesem Grunde sollte vorher ein Pilottest zur Frage erfolgen, ob die Ergebnisse angemessen interpretiert werden. Daten müssen in einer sinnvollen Art und Weise präsentiert werden und deswegen lohnt es sich nach Ansicht der Autoren, dass Anstrengungen darin investiert werden, die auf eine effiziente Kommunikation der Informationen zu fokussieren.

## Zusammenfassung und Empfehlungen

- Beschwerdemanagement
- Personalzusammensetzung/-besetzung

Zu berücksichtigen ist jedoch auch die Kritik an Transparenzinitiativen im internationalen Raum, dass viele gewählte Indikatoren sich zu sehr an somatischen bzw. physischen Qualitätsdimensionen orientieren und vielfach die Perspektive der Nutzer bzw. deren **Lebensqualität** außer Acht lassen. Vor diesem Hintergrund sollte diese Sichtweise integriert werden (s. Punkt Heimbewohner-/Kundenbefragung in diesem Kapitel).

Des Weiteren geben die Erfahrungen im internationalen Raum Hinweise darauf, dass Verbraucher bevorzugt andere als fachliche Kriterien zugrundelegen (s. Kapitel 2.1 und Kapitel 2.2). Dazu gehören bspw. die Bereiche Service- und Interaktion. Diese Kriterien sind im Sinne einer zielgruppenorientierten und sinnvollen Darstellung der Qualität und Leistungen einzubeziehen.

Die Überprüfung des Qualitätsprüfungsinstrument erscheint von hoher Notwendigkeit, da sowohl in den Diskussionen in den Workshops während der GKV-SV-Fachtagung im Februar 2010 als auch in anderen Veröffentlichungen und Diskussionsbeiträgen, die Aussagekraft und die Gültigkeit der Instrumente „Qualitätsprüfung“ und „Transparenzkriterien“ immer wieder in Frage gestellt werden. Es ist nicht geklärt, ob diese das messen und zuverlässig messen und darstellen, wozu sie entwickelt worden sind. Es ist sehr wahrscheinlich, dass diese Fragen und Zweifel die Instrumente bis zum „Beweis des Gegenteils“ immer wieder begleiten werden und angreifbar machen.

### **Empfehlung d) Überprüfung der Datenquelle „Pflegedokumentation“ als dominierender Datenquelle**

Ein Großteil der Kritik sowohl an der Qualitätsprüfung als auch an den Transparenzkriterien entzündet sich an der Datenquelle „Pflegedokumentation“ (s. Kapitel 2.4, Kapitel 4.2). Die Ausfüllanleitungen (Anlage 3 PTVS und Anlage 3 PTVA) weisen viele Kriterien auf, deren Beurteilung auf der Basis von Pflegedokumentationen stattfinden.<sup>18</sup> Die Qualität der Datenquelle steht in einem

---

<sup>18</sup> Beispielhaft seien folgende Formulierung genannt: „aus der Pflegedokumentation muss klar erkennbar sein“, „diese Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn: aus Telefonnotizen und sonstigen Einträgen in die Pflegedokumentation erkennbar ist...“, „Die

engen Zusammenhang mit den aus den Analysen resultierenden Ergebnissen und kann aus wissenschaftlicher Perspektive nicht los gelöst betrachtet werden von der Gesamtdiskussion um die Berechnungssystematik und Notenvergabe.

Problematisch ist, dass die internationale und nationale Forschungslage darauf hinweist, dass die Pflegedokumentation keine zuverlässige Datenquelle darstellt und viele Verzerrungen zu verzeichnen sind (De Marinis et al. 2010; Stemmer 2009; Görres et al. 2008; Donabedian 2005; Schnelle et al. 2004). De Marinis et al. (2010) formulieren als ein Ergebnis ihrer aktuellen Studie, dass nur 40% der Pflegeaktivitäten und –maßnahmen in den Dokumentationen enthalten waren (37% der Assessments und 45% der Interventionen und Maßnahmen). Sie schlussfolgern aus ihrer Studie, dass Pflegenden mehr Aktivitäten durchführen als sie dokumentieren. Pflegedokumentationen sind nach Ansicht der Autoren keine geeignete Grundlage, um Qualität zu evaluieren. Schnelle et al. (2004) weisen daraufhin, dass zwischen dokumentierten und beobachteten Interventionen und Maßnahmen in der Langzeitpflege Diskrepanzen zu verzeichnen sind. Nachgewiesen wurden diese bspw. in den Bereichen Schmerzen, Ernährungs- und Flüssigkeitsaufnahme, Stimmungslage und Obstipation. Auch konnten Studien dokumentierte Ereignisse aufzeigen, die nicht durch unabhängige Beobachtungen bestätigt werden konnten. Die Autoren schlussfolgern:

*„Care-process documentation errors are particularly damaging for such quality improvement systems, which focus on identifying and controlling process variability. If the primary source of information about the care process (e.g., the medical record) is inaccurate, then managers will be unable to reduce unwanted variability even if they receive data about outcomes related to these care processes. It is unclear how accurate care-process documentation must be to drive improvement efforts.“* (Schnelle et al. 2004:1379)

Vor diesem Hintergrund sind die Überprüfung und Darstellung von Qualität und Leistungen auf der Grundlage von Pflegedokumentationen kritisch zu betrachten.

Es ist zu empfehlen, statt der Prüfung der Qualität auf der Basis von Pflegedokumentationen, Indikatoren bzw. Kriterien zu entwickeln und zu wählen, die Aussagen machen können über die erbrachten Leistungen, die der Heimbewohner/

---

Beurteilung dieses Kriteriums erfolgt anhand der Pflegedokumentation“, „Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Leistungen zur Körperpflege vereinbart wurden, in der Pflegedokumentation die auf die...“, „...in der Pflegedokumentation die auf die Maßnahmen der Ernährung/Unterstützung bei der Nahrung...“, „...und nachvollziehbar in der Pflegedokumentation dokumentiert wurden“ usw. (Anlage 3 PTVS und Anlage 3 PTVA)

der Kunde tatsächlich erhält. Mit anderen Worten, es sollten Indikatoren der Ergebnisqualität zum Einsatz kommen, die über systematische Assessments am Heimbewohner/Kunden eingeschätzt werden. Die in Frage kommenden Indikatoren bzw. Kriterien sollten sorgfältig ausgewählt werden und das Potenzial haben, über die Qualität der Pflege Aussagen machen zu können (s. auch Empfehlung c)

Eine weitere Möglichkeit ist, dass systematische Assessments als unabhängige Prüfungen zusätzlich zu den Pflegedokumentationen stattfinden, um Diskrepanzen bzw. Übereinstimmungen zwischen der Pflegedokumentation und dem „Pflegezustand“ der Heimbewohner/ Kunden zu eruieren. Dieses kann erfolgen durch standardisierte Beobachtungen und Befragungen von Betroffenen (Schnelle et al. 2004). Diese Maßnahme kann auch mit dem Begriff **systematische Audits** bezeichnet werden. Zusätzlich können noch Befragungen der Mitarbeiter/-innen der Einrichtungen und Dienste sowie Heimbewohner/innen bzw. Kunden/-innen stattfinden. Dieses als **Datentriangulation** zu bezeichnende Verfahren hat das Potenzial der Ergänzung sowie Validierung von erhobenen Daten und Ergebnissen.

### Heimbewohner/-Kundenbefragung

Heimbewohner- und Klientenbefragungen haben das Potenzial, in der Messung und Darstellung von Qualität eine wertvolle und zuverlässige Komponente darzustellen (Harris-Kojetin & Stone 2007; Castle 2007). Sie sind deswegen von Relevanz, da sie die Qualität der Pflege aus der Perspektive der Betroffenen im alltäglichen Leben darstellen (Harris-Kojetin 2007). Des Weiteren ist davon auszugehen, dass Verbraucher intuitiv Befragungen von Betroffenen leichter verstehen als die eher technischen Ergebnisse der fachlichen Indikatoren (Harris-Kojetin 2007).

Zufriedenheitsbefragungen müssen methodisch so gestaltet sein, dass die betroffenen Zielgruppen aus ihrer eigenen Perspektive die Möglichkeit haben, die Qualität der Pflege in ihren eigenen bedeutsamen Rahmen und Schwerpunkten zu beurteilen (Berglund 2007).

Einschränkend muss jedoch angefügt werden, dass es international wenig Evidenz darüber gibt, inwiefern Zufriedenheitsbefragungen zu Qualitätsverbesserungen und Rechenschaftsleistungen in den Einrichtungen sowie verbesserten Verbraucherinformationen führen (Harris-Kojetin 2007). Zu diesem Thema besteht insgesamt noch ein hoher Forschungsbedarf, um diese Fragen zu klären.



Angesichts der Bedeutung von Empfehlungen für Pflegebedürftige, Angehörige und Verbraucher (s. Kapitel 2.1 und Kapitel 2.2) durch andere, um sich möglicherweise für eine Einrichtung oder einen Dienst zu entscheiden, ist die Darstellung der Perspektive von Heimbewohnern und Kunden wichtig und sollte insbesondere in den Transparenzkriterien integriert bleiben. Auch in den Interviews der GfK kommt den Heimbewohner-/ Kundenbefragungen diese Bedeutung zu. Des Weiteren weisen die Ergebnisse der vorliegenden Interviews daraufhin, dass Verbraucher/-innen die Problematik von derartigen Befragungen aufgrund von Abhängigkeiten und zu geringen Stichprobengrößen erkennen und aus diesem Grunde die Kunden-/ Bewohnerbefragungen im Ergebnis eher relativieren. Aufgrund der Problematik, systematisch angemessen die Heimbewohner-/ Kundenbefragung durchzuführen, erscheint es fraglich, ob eine Benotung dieser Befragung sinnvoll, angemessen und aussagekräftig ist.

Angesichts der internationalen und nationalen Forschungslage zu Zufriedenheitsbefragungen in Pflege und Gesundheitsversorgung sowie den Ergebnissen der Heimbewohner-/ Kundenbefragungen im Rahmen der Transparenzkriterien werden folgende Empfehlungen formuliert:

### **Empfehlung a) Wissenschaftliche Überprüfung des bisherigen Instrumentes zur Heimbewohnerbefragung/ Kundenbefragung**

Falls das bisherige Verfahren der Heimbewohner-/ Kundenbefragung beibehalten werden soll, ist zu empfehlen, die Gütekriterien und Aussagekraft des bestehenden Instrumentes zu überprüfen.

### **Empfehlung b) Erhebung der Lebensqualität von Heimbewohnern und Kunden**

Einbezug von Alternativen wie bspw. Erfragung der Lebensqualität unter Integration von validierten Lebensqualitätsinstrumenten (bspw. das Instrument: „care-related quality of life“ (Vaarama et al. 2008; 2009), Fragebogen zur Einschätzung der Lebensqualität multimorbid älterer Menschen (Holzhausen 2008).

Möglicherweise haben Ergebnisse und Aussagen zur Lebensqualität, die auch die subjektive Perspektive einbeziehen, für Verbraucher eine höhere Relevanz und Bedeutung und können möglicherweise von diesen leichter interpretiert werden.

**Empfehlung c) Erhebung der Lebensqualität von vulnerablen Gruppen mit entsprechend spezifischen Instrumenten**

Für vulnerable Gruppen wie demenzerkrankte Personen sollten speziell für diese entwickelte und validierte Instrumente zur Messung der Lebensqualität eingesetzt werden (bspw. Kurzform H.I.L.D.E – wird derzeit vom MDS evaluiert - oder das Instrument zur pflegebezogenen Qualitätsmessung für Demenzerkrankte (Sixsmith et al. 2008)).

**Empfehlung d) Ergebnisse des Projektes „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ kritisch prüfen und möglicherweise integrieren**

Die Ergebnisse des Projektes „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ (gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit und vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) sollten im Hinblick darauf geprüft werden, ob dieses Instrument bzw. geeignete Indikatoren des Instrumentes in die Transparenzkriterien sinnvoll und angemessen aufgenommen werden können (s. auch Kapitel 6.3.1, Empfehlung c) Auswahl von Kriterien und Überprüfung der Instrumente „Qualitätsprüfung“ und „Transparenzkriterien“).

**Darstellung (Layout) der Transparenzberichte**

Als relevant für Überlegungen im Hinblick auf Rahmenbedingungen der Umsetzung von Qualitätsberichten und Webseiten erscheinen neben allgemeinen Vorüberlegungen die mit Hilfe der GfK-Interviews gebildeten Kategorien. Da bereits auf die in erster Linie aus dem US-amerikanischen Raum gewonnene Erkenntnis einer eher zurückhaltenden Nutzung von Qualitätsinformationen hingewiesen wurde, erscheint es bei allen weiteren Überlegungen demnach sinnvoll, die Äußerungen der Verbraucher bzw. potentiellen Nutzer in weitere Überlegungen konkret einzubeziehen. Anforderungen an Rahmenbedingungen der Umsetzung sind demnach ein hoher Bekanntheitsgrad der Qualitätsberichte und der Webseite, die Verfügbarkeit & Aktualität der präsentierten Informationen, die Kenntnis geeigneter Zugangswege, die Glaubwürdigkeit des Prüfverfahrens und der Prüfergebnisse sowie die Gütekriterien des Verfahrens.

### **Empfehlung a) Verbesserung des Bekanntheitsgrades der Transparenzberichte durch verschiedene Strategien**

Um Transparenzberichte im Rahmen eines Entscheidungsprozesses nutzen zu können, müssen diese für Verbraucher bekannt sein. Bereits vor Beginn oder spätestens am Anfang eines Entscheidungsfindungsprozesses sollten Verbraucher darüber informiert sein, dass entsprechende Orientierungsmöglichkeiten auf der Basis von Transparenzberichten zur Verfügung stehen. Diese Informationen sollten über zentrale Zugangswege verbreitet werden (s. auch Empfehlung f).

### **Empfehlung b) Integration von Multiplikatoren**

Zusätzlich zu der oben angesprochenen langfristigen Informationsstrategie könnte es sich anbieten, gezielt ausgewählte Multiplikatoren in die Arbeit von Qualitätsinitiativen einzubinden. Zu denken ist hier z.B. an die von den Befragten genannten Anlaufstellen und Personen wie z.B. Hausärzte, Apotheken, Kranken- und Pflegekassen, Printmedien wie Apothekenzeitschriften (Apothekenrundschau) oder die Tagespresse. Sinnvoll könnte es auch sein, Informationsflyer an Stellen mit hohem Publikumsverkehr (Ämter, Apotheken, Hausärzte, Pflegestützpunkte etc.) bereitzustellen, die eine Kurzinformation sowie Zugangswege zu den Qualitätsberichten beschreiben. Da in vielen Fällen von Pflegebedürftigkeit ein Krankenhausaufenthalt o.ä. vorangeht, ist es auch sinnvoll Krankenhäuser und deren Mitarbeiter wie Casemanager, Ärzte oder Pflegepersonal auf Qualitätsberichte aufmerksam zu machen. Medizinische Fachgesellschaften sollten ebenfalls über Qualitätsinitiativen unterrichtet sein. Insgesamt kann festgehalten werden, dass Beratungs- und Anlaufstellen wie z.B. Pflegestützpunkte eine zentrale und verantwortungsvolle Rolle bei der Verarbeitung von Informationen einnehmen. Da auch in der aufgeführten Oberkategorie `Serviceleistungen und Pflegeangebote` von den Interviewten angegeben wird, sich insbesondere für Angebote in der Nähe des eigenen Wohnorts zu interessieren, erscheint auch eine auf bestimmte Regionen oder Wohngebiete bezogene Darstellung der Informationen für die Befragten besonders relevant und nützlich.

### **Empfehlung c) Aktuelle Daten flächendeckend zur Verfügung stellen**

Sollen die Verbraucher durch Transparenzberichte bestmöglich in ihrer Entscheidungsfindung unterstützt werden, setzt dies voraus, dass die Berichte

flächendeckend verfügbar sind (Werner & Asch 2005). Gerade da sich das Verbraucherinteresse auf eine regionale Auswahl im nahen Umfeld des derzeitigen Wohnortes zu konzentrieren scheint, kann die Entscheidungssituation nicht verbessert werden, wenn Qualitätsberichte nicht flächendeckend zur Verfügung stehen, wie es zum Zeitpunkt der Interviews z.B. für den Raum Berlin beschrieben wurde. Neben der Verfügbarkeit sollte auch die Aktualität der präsentierten Informationen eine zentrale Rolle in der Diskussion um Rahmenbedingungen der Veröffentlichung spielen. Dies betrifft sowohl die zeitnahe Veröffentlichung der Prüfergebnisse des MDK sowie Veränderungen der geleisteten Pflegequalität in den Einrichtungen, z.B. Ergebnisse einer Nachprüfung.

### **Empfehlung d) Interessen der Verbraucher bei Wahl von Kriterien zur Veröffentlichung beachten**

Die Interessen der Verbraucher sind der internationalen wie nationalen Literatur sowie den Ergebnissen der GfK-Interviews zur Folge vielfältig und zum Teil unterschiedlich zu den eher fachlichen Kriterien. Damit die Transparenzberichte eine Sinnhaftigkeit für Verbraucher haben, sollten diese Präferenzen bei der Darstellung der Leistungen und der Qualität der Einrichtungen und Dienste berücksichtigt werden. Dazu gehören folgende Kriterien: Kosten, Alltags- und Freizeitgestaltung, Versorgungsformen, Ausstattung und Wohnlichkeit, Personalschlüssel und Qualifikation, Erreichbarkeit und Nähe zum Wohnort, Betonung Teilnoten statt Gesamtnoten, Gewichtung der Noten, Stellungnahme der Pflegeeinrichtung, differenzierte und nachvollziehbare Ergebnisse der Kundenbefragung, Lesbarkeit (Erläuterung von Fachbegriffen, Obergriffen und Abkürzungen). Es empfiehlt sich, basierend auf Erfahrungen und Ergebnissen im internationalen Raum, ein umfassendes Verbraucherinformationssystem zu entwickeln, das Struktur-, Prozess- und Outcomeinformationen enthält (s. Kapitel 2.1, Kapitel 2.2, Harrington et al. 2003). Dabei ist ein Problem, dass ein Spannungsverhältnis besteht zwischen Vielfalt und Menge der Informationen, den Grenzen, die Informationen zu verarbeiten sowie den Wünschen nach Einfachheit und Klarheit der präsentierten Informationen. Dieses Dilemma kommt auch in den Interviews der GfK zum Ausdruck. Auf der einen Seite werden mehr Informationen gewünscht, auf der anderen Seite Informationen, die sofort verständlich sind. Aus diesem Grunde und auf der Basis der Erkenntnisse der internationalen Literaturlage ist es empfehlenswert, Websites zu gestalten, die

interaktiv nutzbar sind und den Verbrauchern/-innen ermöglichen, nach eigenen Informationsbedarfen Einrichtungen und Dienste zu suchen. Zu berücksichtigen ist auch, dass es nicht den Verbraucher bzw. die Verbraucherin bzw. die homogene Verbraucher/-innengruppe gibt. Ähnlich wie bei den Ergebnissen zur Inanspruchnahme von Angeboten und Dienstleistungen in der Pflege bzw. bei Pflegebedürftigkeit, können wir davon ausgehen, dass Verbraucher/-innen abhängig von soziodemographischen Merkmalen Einrichtungen und Dienste wählen und entsprechende Informationsquellen nutzen werden. Des Weiteren werden Verbraucher/-innen sich in den Fähigkeiten unterscheiden, die Arten und Mengen der Informationen zu verarbeiten und zu nutzen (Hibbard & Peters 2003). Diese Befunde und die Erkenntnisse aus dem internationalen Raum sprechen dafür, die Interessen der Verbraucher/-innen, die sich in ihren Präferenzen und Merkmalen unterscheiden, zu berücksichtigen und flexible Darstellungsmöglichkeiten zu wählen, um ihnen die Wahl der Informationen zu überlassen.

### **Empfehlung e) Vielfältige Zugangswege wählen**

Damit möglichst viele Verbraucher die Berichte nutzen, müssen die Zugangswege zu den Berichten sowie die Webseite bekannt und unkompliziert erreichbar sein. Da sich ein hoher Aufwand finanzieller und zeitlicher Ressourcen negativ auf die Nutzungswahrscheinlichkeit der Berichte auswirken könnte, sollten die Veröffentlichungen möglichst zeitnah und kostenfrei beschaffbar sein (Vaiana 2002; Werner & Asch 2005).

Das Internet als ein zentraler Zugangsweg zu Qualitätsberichten ist durch die zunehmende Beliebtheit des Internets in allen Bevölkerungsschichten als sehr positiv zu betrachten. Die Webseite „[pfelegelotse.de](http://pfelegelotse.de)“ wird als Zugangsweg positiv von den Befragten aufgenommen, da sie als thematisch einschlägige Seite bereits die Informationen gezielt bündelt, die sonst über eine unspezifische Suche selbstständig wie ein Puzzle zusammengesetzt werden müssten und somit die Suche bei den befragten Anwendern grundsätzlich zu erleichtern vermag.

Da aber nicht davon auszugehen ist, dass jede Person über einen Internetzugang verfügt oder diesen nutzen möchte, sind neben dem Onlineangebot benutzerfreundliche Papierversionen zu entwickeln. Diese sollten zum einen über Pflegestützpunkte erhältlich sein und, wie es in Großbritannien der Fall ist, sowie

telefonisch, schriftlich oder per Mail über Pflegestützpunkte oder Krankenkassen angefordert werden können.

### **Empfehlung f) Multikulturalität beachten**

Verbraucher unterscheiden sich hinsichtlich ihres Alters, ihrer Sprache, ihrer Kultur, ihrer Qualifikation bzw. Bildung. Entsprechende Websites für Transparenzinitiativen sollten diesen unterschiedlichen Anforderungen entgegen kommen. Zu überlegen ist daher, ob z.B. neben einer deutschsprachigen Version auch weitere Angebote eingerichtet werden sollten (z.B. Türkisch, Englisch, Spanisch, Italienisch).

### **Empfehlung g) Darstellung (Layout) der Transparenzberichte den Erfordernissen der Verbraucher anpassen**

Aus der internationalen Forschungslage sowie aus den Ergebnissen der GfK-Interviews ergeben sich Anforderungen an die Gestaltung der Darstellung der Transparenzberichte, um sie für den Leser nachvollziehbar, verständlich und transparent zu machen. Folgende Kriterien sind zu beachten: Schriftgröße, Schriftfarbe und Einsatz von Farben, Umfang der Berichte, Navigation auf der Website, Aufbau und Struktur der Berichte und Webseiten, angemessener und sinnvoller Einsatz von Symbolen, Sachlichkeit versus optische Highlights, absolute versus relative Risiken.

### **Empfehlung h) Komplexität der Informationen durch Entscheidungshilfen reduzieren**

Ein möglicher Grund von Verbrauchern für die relativ geringe Nutzung von Transparenzinitiativen kann in der Komplexität und Vielfältigkeit der Informationen liegen. Es gibt Hinweise darauf, dass entsprechende Berichte durch Entscheidungshilfen ergänzt werden sollten, damit Verbraucher die Informationen für eine Entscheidungsfindung zugrundelegen können. Dazu gehören, dass die Bedürfnisse der Verbraucher als Ausgangspunkte für entsprechende Berichte zugrundegelegt werden, forschungsbasierte Entscheidungspfade für Verbraucher zu entwickeln, Checklisten erstellen, die für Wahl von Einrichtungen und Diensten aus Perspektive des Verbrauchers sinnvoll sind, spezielle Suchfunktionen integrieren, Informationen reduzieren und simplifizieren, begleitende Beratung.

## 7 Literaturangaben

**Ahrend, J. (2010):** Sozialrechtliche Einschätzung der Pflege-Transparenzkriterien. Oldenburg

**Ärztezeitung, 08.06.2010 (Florian Staeck):** Geld, qualifiziertes Personal und Kontrolle sind Ingredienzen guter Pflege

**Arling, G. et al. (2007):** Nursing Home Performance. Improving Quality Assessment through Multilevel Modeling: The Case of Nursing Home Compare. In: Health Services Research 42:3: Part I:1177-1199

**Ausubel, D.P. et al. (1980):** Psychologie des Unterrichts, Bd. 1,2. völlig überarb. Aufl., Weinheim u. Basel

**Arling, G. et al. (2005):** Future Development of Nursing Home Quality Indicators. In: The Gerontologist 45:2:147-156

**Berg, K. et al. (2002):** Identification and Evaluation of Existing Nursing Homes Quality Indicators. In: Health Care Financing Review 23:4:19-36

**Berglund, A.- L. (2007):** Satisfaction and living condition in nursing homes: Views of elderly persons, next of kin and staff members. In: International Journal of Nursing Practice 13:46-51

**Berwick, D.M. et al. (2003):** Connections Between Quality Measurement and Improvement. In: Medical Care 41:1:Supplement:I-30 –I-38

**BMFSJF (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2006):** Erster Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner. Berlin 2006

**Bonato, M. (2010):** Gutachterliche Stellungnahme im Auftrag der Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe e.V. Kritik an der Methodik der Pflege-Transparenzberichte. Fachhochschule Münster

**Borutta, M. (2009):** Schulnoten für Heime. Die Pflegetransparenzvereinbarung als Irrweg. In: Dr. med. Mabase 180: Juli/August

**Bortz, J., Döring, N. (2009):** Forschungsmethoden und Evaluation: für Human- und Sozialwissenschaftler. 4. Überarbeitete Aufl. Heidelberg: Springer Verlag

**Bortz, J., Döring, N. (2006):** Forschungsmethoden und Evaluation. 4. Aufl. Springer: Berlin.

**Candidus, W.- A. und Reus, U. (2009):** MDK-Prüfungen: Wie gerecht sind die Noten? In: Heilberufe 11:50-51

**Castle, N.G. (2007):** A Review of Satisfaction Instruments Used in Long-Term Care Settings. In: Journal of Aging & Social Policy 19:2:941

**Castle, N.G. (2005):** Nursing Home Administrators`Opinion of The Nursing Home Compare Web Site. In: The Gerontologist 45:3:299-308

**Castle, N.G., Lowe, T.J. (2005):** Report Cards and Nursing Homes. In: The Gerontologist 45:1:48-67

**Castle, N.G. (2003):** Providing Outcomes Information to Nursing Homes: Can It Improve Quality of Care? In: *The Gerontologist* 43:4:483-492

**Care Konkret 26.03.2010:** MDS sieht weitreichende Änderungen der Pflege-Transparenzvereinbarungen vor. Zukünftig weniger gute Noten? 13. Jahrgang, Nr. 12, S. 1-2

**Care Konkret 05.03.2010:** GKV-Spitzenverband und MDS mahnen Änderungen der Transparenzvereinbarungen an. Pflege-TÜV soll Zähne zeigen. 13. Jahrgang, Nr. 9, S. 1-2

**Colmers, J.M. (2007):** Public Reporting And Transparency. Commission on A High Performance Health System. Prepared for The Commonwealth Fund/Alliance For Health Reform. 2007 Bipartisan Congressional Health Policy Conference. Commonwealth Fund pub. No. 988.

**Compas, C. et al. (2008):** Best Practices in Implementing and Sustaining Quality of Care. In: *Research in Gerontological Nursing* 1:3:209-216

**Cortina, J.M. (1993):** What Is Coefficient Alpha? An Examination of theory and Applications *Journal of Applied Psychology*, Vol 78, 98-104

**Davies, H., Marshall, M.N. (1999):** Public disclosure of performance data: does the public get what the public wants? In: *The Lancet* 353:15:1639-1640

**Degenholtz, H.B. et al. (2008):** The Association Between Changes in Health Status and Nursing Home Resident Quality of Life. In: *The Gerontologist* 48:5:584-592

**De Marinis, M. et al. (2010):** "It it is not recorded, it has not been done?" consistency between nursing records and observed nursing care in an Italian hospital. In: *Journal of Clinical Nursing* 19:1544-1552

**Department of Education and Training (2009):** Designing assessment tools for quality outcomes in VET. Department of Education and Training: East Perth, Western Australia

**Ding, Y.Y. (2009):** Risk-Adjustment: Towards Achieving Meaningful Comparison of Health Outcomes in the Real World. In: *Annals Academy of Medicine* 38:6:552-558

**Ding-Greiner, Ch. / Lang, E. (2004):** Alternsprozess und Krankheitsprozesses – Grundlagen. In: Kruse, A./ Martin, M. (Hrsg.): *Enzyklopädie der Gerontologie. Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht.*, Bern:182-206

**Döcker, B. (2010):** Monitoring – Projekt der BAGFW zur Pflege-Transparenzvereinbarung – stationär. Vorläufige Ergebnisse und erste Tendenzen. BAGFW – Fachausschuss Altenhilfe

**Donabedian, A. (2005):** Evaluating the Quality of Medical Care. In: *The Milbank Quarterly* 83:4:691-729 (Reprinted from the *Milbank Memorial Fund Quarterly* 44:3:166-203, style and usage are unchanged)

**Donabedian, A. (1966):** Evaluating the Quality of Medical Care. In: *The Milbank Memorial Fund Quarterly*. Vol. XLIV, No. 3, Part 2:166-206

**Doran, D.M. (ed.) (2003):** *Nursing-Sensitive Outcomes. State of the Science.* Jones and Bartlett Publishers, Inc: Sudbury, Massachusetts, London

**Dozier, A.M. et al. (2005):** Development of an Instrument to Measure Patient Perception of the Quality of Nursing Care. In: *Research in Nursing & Health* 2001:506-517



**Ettema T.P. et al. (2005):** A review of quality of life instruments used in dementia. *Quality of Life Research* 14(3): 675-686.

**Finucane, M. et al. (2002):** Aging and Decisionmaking Competence: An Analysis of Comprehension and Consistency skills in older adults versus younger adults considering Health-plan options. In: *Journal of Behavioral Decision Making*, 15: 141-164

**Fung, C.H. et al. (2008):** Systematic Review: The Evidence That Publishing Patient Care Performance Data Improves Quality of Care. In: *Annals of Internal Medicine* 148:2:111-123

**Gallagher, R.M., Rowell, P.A. (2003):** Claiming the Future of Nursing Through Nursing-sensitive Quality Indicators. In: *Nursing Administration Quarterly* 27:4:273-284

**Geraedts, M. et al. (2002):** Beurteilung der methodischen Qualität klinischer Meßgrößen. In: *Z. ärztl. Fortbild. Qual.sich (ZaeFQ)* 96:91-96

**Gerteis, M. et al. (2007):** Testing Consumers`Comprehension of Quality Measures Using Alternative Reporting Formats. In: *Health Care Financing Review* 28:3:31-32

**Gertz, H.-J., Berwig, M. (2008):** Ist die Lebensqualität von Demenzpatienten messbar? *Nervenarzt* 2008 · 79:1023–1035, DOI 10.1007/s00115-008-2530-2, Online publiziert: 24. Juli 2008, © Springer Medizin Verlag 2008

**GKV-Spitzenverband (2008):** Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowie gleichwertiger Prüfergebnisse in der stationären Pflege -Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS)-vom 17. Dezember 2008

**GKV-Spitzenverband (2009a):** Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowie gleichwertiger Prüfergebnisse von ambulanten Pflegediensten- -Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA)- vom 29. Januar 2009

**GKV-Spitzenverband (2009b):** Verfahren zur Notenberechnung entsprechend der Bewertungssystematik der Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS) vom 17. Dezember 2008 und der Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA) vom 29. Januar 2009. (Stand 5. November 2009).

**GKV-Spitzenverband (2009). Anlage 3.** Ausfüllanleitung für die Prüfer. Vereinbarung nach §115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowie gleichwertige Prüfergebnisse von ambulanten Diensten – Pflege-Transparenzvereinbarungen ambulant (PTVA) – vom 29. Januar 2009

**GKV-Spitzenverband (2008). Anlage 3.** Ausfüllanleitung für die Prüfer. Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz6 SGB XI über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienst der Krankenversicherung sowie gleichwertige Prüfergebnisse in der stationären Pflege – Pflege-Transparenzvereinbarungen (PTVS) – vom 17. Dezember 2008

**Görres, S., Hasseler, M. (2008):** Gesundheit und Krankheit vulnerable älterer Bevölkerungsgruppen. In: Kuhlmei, S., Schaeffer, D. (Hrsg.): *Alter, Gesundheit und Krankheit*. 1. Aufl. Verlag Hans Huber: Bern, S. 175-189

**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. (2006):** Strategien der Qualitätsentwicklung in Pflege und Betreuung. Genesis, Strukturen und künftige Ausrichtung der Qualitätsentwicklung in der Betreuung von Menschen mit Pflege- und Hilfebedarf. Heidelberg: C.F.Müller

**Görres, St., Martin, S. (2007):** Pflegerische Leistung im Alter: Ergebnisse, Defizite und Perspektiven der Versorgungsforschung. In: Rennen-Allhoff, B. / Schaeffer, D.: Handbuch Pflegewissenschaften. 2.Auflage

**Häder, M. (2006):** Empirische Sozialforschung. Eine Einführung. 1. Aufl. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden

**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

**Harrington, C. et al. (2003):** Designing a Report Card for Nursing Facilities: What Information is needed and why. In: The Gerontologist 43:Special Issue II, 47-57

**Harris-Kojetin, L.D., Stone, R.I. (2007):** The role of consumer satisfaction in ensuring quality long-term care: opportunities and challenges. In: Journal of aging & social policy; 19(2): 43-61

**Hartung, J., Elpelt, B., Klösener, KH. (1985):** Statistik. 4. Auflage, Oldenbourg, München.

**Heiber, A. (2009):** Die Pflege-transparenzvereinbarungen in der Kritik. ([www.syspra.de](http://www.syspra.de)); letzter Zugriff am: 15. Februar 2010)

**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](http://www.careeffects.de/pdf/Qualitaetsberichte_in_der_Altenpflege.pdf))

**Hibbard, J.H. et al. (2005):** Hospital Performance Reports: Impact on Quality, Market Share and Reputation. In: Health Affairs 24 (4):1150-1160

**Hibbard, J.H., Peters EI. (2003):** Supporting Informed Consumer Health Care Decisions: Data presentation Approaches that Facilitate the Duse of Information in Choice. In: Annual Review of Public Health 24:413-433

**Hibbard et al. (2003):** Does Publizising Hospital Performance Stimulate Quality Improvement Efforts? In: Health Affairs 22:3:84-94

**Hibbard, J. et al. (2002):** Strategies for Reporting Health Plan Performance Informations to Consumers: Evidence from Controlled Studies. In: HRS: Health Services Research 37:2:291-313

**Holzhausen, M. (2009):** Lebensqualität älterer Menschen. Konstruktion eines neuen individualisierten Messverfahrens. Verlag Hans Huber: Bern

**Holzhausen, M. et al. (2009):** Die Patientenperspektive in der Erfassung von Lebensqualität im Alter. Möglichkeiten und Grenzen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 5:355-359

**Ireson, C.I. et al. (2002):** Outcome Report Cards. A Necessity in the Health Care Market. In: Marshall, M. N. et al. (2000): The Public Release of Performance Data. What Do Expect to Gain? A Review of The Evidence. In: JAMA 283:14:1866-1874

**Josat, S. et al. (2006):** Qualitätskriterien, die Altenheimbewohnern und Angehörigen wichtig sind. In: Pflege; 19:79-87

**Kelle, U., Niggemann, C. (2002):** „Weil ich doch vor zwei Jahren schon mal verhört worden bin...“ – Methodische Probleme bei der Befragung von Heimbewohner. In: Motel Klingbeil, A., Kelle, U. (Hrsg.): Perspektiven der empirischen Alter(n)ssoziologie. Leske + Budric: Opladen, S. 99-131

**Kiger, A.M. (2004):** Gesundheit lehren und lernen – Gesundheitserziehung und -förderung in Pflegeberufen. 1. Aufl., aus den engl. von Nohl, A. Ausgabe herausgeg. Von Brüggemann, R. Urban & Fischer Verlag. München, Jena

**Kirchhoff, S. et al. (2008):** Der Fragebogen. Datenbasis, Konstruktion und Auswertung. 4. Überarbeitete Aufl. VS Verlag für Sozialwissenschaften: Wiesbaden

**Kleining, G. (1994):** Qualitativ-heuristische Sozialforschung. Schriften zur Theorie und Praxis. Rolf Fechner Verlag: Hamburg-Harvestehude

**Kleining, G. (1995):** Lehrbuch Entdeckende Sozialforschung. Von der Hermeneutik zur qualitativen Heuristik. Band I. Beltz: Psychologie VerlagsUnion: Weinheim

**Kliniken.de:** Berechnungen bei Pflegenoten sind falsch. Stichprobe von 100 Einrichtungen deckt erhebliche Mängel auf. 1. März 2010. [www.kliniken.de](http://www.kliniken.de)

**Kliniken.de:** Pflege-TÜV: Kliniken.de widerspricht Aussagen des MDS und des vdek. Dr. Bettina Horster: „Von Transparenz kann keine Rede sein. 4. März 2010. [www.kliniken.de](http://www.kliniken.de)

**Knäuper, B., Schwarz, N., Park D. (2002):** Selbstberichte im Alter. In: Motel-Klingbeil, A., Kelle, U. (Hrsg.): Perspektiven der empirischen Alter(n)ssoziologie. Leske + Budrich: Opladen, S. 75-98

**Kreienbrock, L. (1989):** Einführung in die Stichprobenverfahren. Oldenbourg: München Wien.

**Kühnert, S. (2009):** Stand und Sicherung der Qualität. In: Dräther, H., Jacobs, K., Rothgang, H. (Hrsg.): Fokus Pflegeversicherung. Nach der Reform ist vor der Reform. WIdO-Reihe im KomPart-Verlag: Berlin. S. 125-154

**Kurtzman, E.T., Corrigan, J.M. (2007):** Measuring the Contribution of Nursing to Quality, Patient Safety, and Health Care Outcomes. In: Policy, Politics & Nursing Practice 8:20:20-24

**Lacobucci, D., Duhachek, A. (2003):** Advancing Alpha: Measuring Reliability With Confidence, In: Journal of Consumer Psychology, 13(4), 478–487

**Laschober, M. et al. (2007):** Hospital Response to Public Reporting of Quality Indicators. In: Health Care Financing Review 28:7:61-76

**LfK:** LfK verlangt den sofortigen Stopp der Transparenz-Prüfungen ambulanter Dienste. Offener Brief an den Bundesgesundheitsminister. 15.03.2010. ([www.pflegen-online.de](http://www.pflegen-online.de), letzter Zugriff am: 21.04.2010)

**Lienert, G. (1969):** Testaufbau und Testanalyse. Beltz: Weinheim.

**Logsdon, RG. Et al. (2002):** Assessing quality of life in older adults with cognitive impairment. *Psychosom Med* 64: 510–519

**Magdeburger Volksstimme 03.04.2010: Interessenverbände** zur Kritik an Benotungssystem. Pflegenoten anders gewichten. S. 5

**Mannion, R. et al. (2005):** Impact of star performance ratings in English acute hospital trusts. In: *Journal of Health Services Research & Policy* 10:1:18-24

**Marshall, M.N. et al. (2004):** How do we maximize the impact of the public reporting of quality of care?: In: *International Journal of Quality in Health Care*, 16(1), 57-63

**Marshall, M.N. et al. (2003):** Public Reporting on Quality in The United States and The United Kingdom. In: *Health Affairs* 22:3:134-148

**Mattke, S. et al. (2003):** Reporting quality of nursing home care to consumers: the Maryland experience. In: *International Journal for Quality in Health Care* 15:2:163-177

**Mayring, Ph. & Gläser-Zikuda, M. (Hrsg.) (2008):** Die Praxis der Qualitativen Inhaltsanalyse. 2. Aufl., Weinheim

**Mayring, P. (2003):** Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 8. Aufl. Beltz UTB: Weinheim und Basel

**MDS – Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (2010):** Evaluation der Transparenzvereinbarungen. Stand 16.02.2010 – Abschlussbericht

**Mittnacht, B. (2010):** Qualitätsentwicklung und Nachhaltigkeit im Kontext häuslicher Pflegearrangements. Entwicklungstrends und Perspektiven. Jacobs Verlag: Düsseldorf

**Mittnacht, B. (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

**Moosbrugger, H. & Kelava, A. (2007):** Qualitätsanforderungen an einen psychologischen Test (Testgütekriterien). In: Moosbrugger, H. & Kelava, A. (Hrsg.) Testtheorie und Fragebogenkonstruktion. Springer: Heidelberg.

**Möller, J., Zieres, G. (2010):** Zur Transparenz der Qualität von Pflegeeinrichtungen. In: *Gesundheitökonomie & Qualitätsmanagement* 15:39-44

**Mor, V. et al. (2003a):** The Quality of Quality Measurement in U.S. Nursing Homes. In: *The Gerontologist* 43:Special Issue II:37-46

**Mor, V. et al. (2003b):** Inter-rater reliability of nursing home quality indicators in the U.S. In: *BMC Health Services Research* 3:20:1-13

**Mor, V. (2005):** Improving the Quality of Long-Term-Care with Better Information. In: *The Milbank Quarterly* 83:3:333-364

**Mukamel, D.B. et al. (2008):** Publication of Quality Report Cards and Trends in Reported Quality Measures in Nursing Homes. In: *Health Research and Educational Trust* 43:3:1244-1262

**Mukamel, D., Spector, W.D. (2003):** Quality Report Cards and Nursing Home Quality. In: The Gerontologist 43: Special Issue II: 58-66

**Mukamel, D.B. (1997):** Risk-Adjusted Outcome Measures and Quality of Care in Nursing Homes. In: Medical Care 35:4:367-385

**Münchener Merkur 04.03.2010:** Kassen wollen Pflege-TÜV verbessern. S. 19

**Nakrem, S. et al. (2009):** Nursing sensitive indicators for nursing home care: International review of literature, policy and practice. In: International Journal of Nursing Studies 46:848-857

**National Quality Council (2009):** Guide for Developing Assessment Tools 2009. Commonwealth of Australia

**NQF – The National Quality Forum (2004):** National Voluntary Consensus for Nursing Home Care. A Consensus Report. National Quality Forum: Washington, USA

**NQF – Issue Brief (The National Quality Forum) (2007):** Nursing Performance Measurement and Reporting. A Status Report. No. 5. National Quality Forum. Washington, USA

**Ollenschläger, G. (2007):** Institutionalisierung der Qualitätsentwicklung in der Pflege. Gutachten für die Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e.V. (BUKO-QS). Köln: Medizinische Fakultät der Universität zu Köln

**Ostermann, R. & Wolf-Ostermann, K. (2005):** Statistik in Sozialer Arbeit und Pflege. 3. Aufl. Oldenbourg: München Wien

**Peters, E. et al. (2007):** Less is more in presenting quality information to consumers. In: Medical Care Research and Review, 64(2), 169-190

**Pham, J.H. et al. (2006):** The Impact of Quality-Reporting Programs On Hospital Operations. In: Health Affairs 25:5:1412-1422

**Philips, C.D. et al. (2007):** Where should Mama go? Current nursing home performance measurement strategies and a less ambitious approach. In: BMC Health Services Research 7:93

**Pieper, R., Vaarama, M. (2008):** The Concept of Care-Related Quality of Life. In: Vaarama, M. et al. (eds.): Care-Related Quality of Life In Old Age. Concepts, Models, and Empirical Findings. Springer: New York, S. 65-101

**Porell, F., Caro, F.G. (1998):** Facility-Level Outcome Performance Measures for Nursing Homes. In: The Gerontologist 38:6:665-683

**Porter, E.J. (2008):** The Personal Impact of Home-Care Nursing. In: Research in Gerontological Nursing 1:2:105-115

**QPR (Qualitätsprüfungsrichtlinien) (2009):** Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI vom 11. Juni 2009 in der Fassung vom 30. Juni 2009. // Anlage 1 zu den Qualitätsprüfungsrichtlinien: Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach §§ 112, 114 SGB XI in der ambulanten Pflege // Anlage 2 zu den Qualitätsprüfungsrichtlinien:

## Literaturangaben

Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach §§ 112, 114 SGB XI in der stationären Pflege // MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach den §§ 112, 114 SGB XI in der ambulanten Pflege // MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach den §§ 112, 114 SGB XI in der stationären Pflege

**Rahman, A.N., Applebaum, R.A. (2009):** The nursing home Minimum Data Set assessment instrument: manifest functions and unintended consequences – past, present, and future. In: Gerontologist 49(6): 727-735

**Reutlinger, B. (2001):** Pflegequalität. Forderungen, Zusammenhänge, Wege der Sicherung. In: PR-Internet 5:85-107

**Roth, G. (2002):** Qualität in Pflegeheimen. Expertise im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Forschungsgesellschaft für Gerontologie an der Universität Dortmund. Dortmund

**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

**Rothe, G., Wiedenbeck, M (1994):** Stichprobengewichtung: Ist Repräsentativität machbar? In: Gaber, S. Hoffmeyer-Zlotnik, J.H.P., Krebs, D. (Hrsg.): Gewichtung in der Umfragepraxis. Westdeutscher Verlag, Opladen, 46-61.

**Rupprecht, R. (2006):** Lebensqualität. In: Oswald, W.D. et al. (Hrsg.): Gerontologie. Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe. 3. Vollständig überarbeitete Aufl. Verlag W. Kohlhammer: Stuttgart, S. 242-247

**Schauffler, H. H., Mordavsky, J.K. (2001):** Consumer Reports in Health Care: Do They Make a Difference? In: Annual Review of Public Health 22:69-89

**Schrader, S. (2010a):** Pflegenoten: GKV-Spitzenverband drängt auf eine zügige Umsetzung der MDS-Empfehlungen. „Wir wollen die Änderungen so schnell wie möglich auf den Weg bringen.“ In: Care Konkret Nr. 12, 26.03.2010

**Schrader, S. (2010b):** Interview mit MDS-Geschäftsführer Dr. Peter Pick. „Risikokriterien müssen stärker gewichtet werden. In: Care Konkret, Nr. 9, 05.03.2010

**Schmitt, N. (1996):** Uses and Abuses of Coefficient Alpha. Psychological Assessment, Vol. 8, No. 4, 350-353.

**Schnabel, E. (2009):** Qualitätsindikatoren in der ambulanten und stationären Pflege. In: Gaertner, T. et al. (Hrsg.). Die Pflegeversicherung. Handbuch zur Begutachtung, Qualitätsprüfung, Beratung und Fortbildung. 2. Aktualisierte u. erweiterte Aufl. De Gruyter: Berlin, New York. S. 194-199

**Schneekloth, U., Wahl, H.-W. (Hrsg.) (2006):** Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote. Verlag W. Kohlhammer: Stuttgart

**Schnelle, J.F. et al. (2004):** Accuracy of Nursing Home Medical Record Information about Care-Process Delivery: Implications for Staff Management and Improvement. In: JAGS 52:1378-1383

**Schönberg, F. (2005):** Qualitätssicherung und Nutzerperspektive in stationären Einrichtungen: Möglichkeiten und Grenzen von Bewohnerbefragungen. Unveröffentlichte Dissertationsschrift zur Erlangung des Doktorgrades Dr. phil. im Fachbereich 12 Erziehungswissenschaften und Soziologie der Universität Dortmund

**Schwartz, F.W. et al. (2003):** Evaluation und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. In: Hurrelmann, K., Laaser, U. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 3. Aufl. Juventa Verlag: Weinheim und München, S. 823-849

**Schweriner Volkszeitung 27.02.2010:** 1000 Pflegeheime nur Note 4. Klaus-Dieter Voß, Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenversicherung, zieht eine positive Pflege-TÜV-Bilanz. S. 2

**Sixsmith, A. e al. (2008):** Quality of Life and Dementia. In: Vaarama, M. et al. (eds.): Care-Related Quality of Life In Old Age. Concepts, Models, and Empirical Findings. Springer: New York, S. 217-233

**Stache, E. (2008):** Beitrag von Verträgen zur Steuerung von Pflegequalität – Empirische Untersuchung am Beispiel der vollstationären Pflege. Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades Dr. oec. troph. im Fachbereich 09 Agrarwissenschaften, Ökotrophologie und Umweltmanagement der Justus-Liebig-Universität Giessen

**Stemmer, R. (2009):** Messung von Ergebnisqualität in der Pflege. In: Stemmer, R. (Hrsg.): Qualität in der Pflege – trotz knapper Ressourcen. Mainzer Schriften. Schlütersche: Hannover, S. 79-100

**Stemmer, R. (2005):** Zur aktuellen Lage der pflegesensitiven Outcomemessung – eine Übersicht. In: PrInternet 07-08/2005:430-435

**Stenger, H. (1994):** Anforderungen an eine repräsentative Stichprobe aus der Sicht des Statistikers. In: Gaber, S. Hoffmeyer-Zlotnik, J.H.P., Krebs, D. (Hrsg.): Gewichtung in der Umfragepraxis. Westdeutscher Verlag, Opladen, 42-45.

**Stevenson, D.G. (2006):** Is a Public Reporting Approach Appropriate for Nursing Home Care? In: Journal of Health Politics, Policy and Law 31:4:773-810

**Süddeutsche Zeitung:** 22. Februar 2010. 66. Jahrgang. 8. Woche. Nr. 43. CSU will Pflege-TÜV stoppen. Haderthauer nennt Prüfsystem für Altenheime irreführend und fordert von Gesundheitsminister Rösler Korrektur.

**Der Tagesspiegel 16.06.2010:** „Hübsche Gardinen entschädigen nicht für schlechte Pflege. Krankenkassen-Spitzenfunktionär Kiefer wirft den Heimbetreibern vor, die Nachbesserung des Pflege-TÜV zu blockieren. S. 4

**Tu, H.T., Lauer, J.R. (2008):** A Framework for Evaluating Quality Transparency Initiatives in Health Care. Final Report for The Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, U.S. Department of Health and Human Services. Centre for Studying Health System Change

**Vaarama, M. (2009):** Care-related quality of life. In: European Journal of Ageing 6:113-125

**Vaarama, M. et al. (2008a):** The General Framework and Methods for the Care Keys Research. In: Vaarama, M. et al. (eds.): Care-Related Quality of Life In Old Age. Concepts, Models, and Empirical Findings. Springer: New York, S. 3-18

**Vaarama, M. et al. (2008b):** Care-Related Quality of Life: An Overview. In: Vaarama, M. et al.(eds.): Care-Related Quality of Life In Old Age. Concepts, Models, and Empirical Findings. Springer: New York, S. 301-325

**Vaiana, M.E., McGlynn, E.A. (2002):** What cognitive Science Tells Us about the Design of Reports for Consumers. In: Medical Care Research and Review 59:3:3-35

**Wan, T.T.H. (2003):** Nursing Care Quality in Nursing Homes: Cross-Sectional Versus Longitudinal Analysis. In: Journal of Medical Systems 27:3:283-295

**Weibler-Villalobos, U., Röhrig, B. (2010):** Methodische Anforderungen an einrichtungsbezogene Qualitätsberichte in der Pflege. In: Gesundheitswesen DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0029-1242790>

**Werner, R.M., Asch, D.A. (2005):** The Unintended Consequences of Publicly Reporting Quality Information. In: JAMA 293:10:1239-1244

**Wingenfeld, K. (2003):** Studien zur Nutzerperspektive in der Pflege. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. P03-124

**Zinn, J. et al. (2005):** Do Trends in the Reporting of Quality Measures on the Nursing Home Compare Web Site Differ by Nursing Home Characteristics? In: The Gerontologist 45:6:720-730

**Zimmerman, D.R. (2003):** Improving nursing home quality of care through outcomes data: the MDS quality indicators. In: International Journal of Geriatric Psychiatry 18:250-257



## 8 Anhang

### Bezeichnung der Transparenzkriterien für stationäre Einrichtungen

Kriterium	Beschreibung des Kriteriums	Qualitätsbereich	Risiko-kriterium
T01	Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar? (MDK 15.1 b)	1_Pflege und medizinische Versorgung	
T02	Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen? (MDK 15.1 c)	1_Pflege und medizinische Versorgung	
T03	Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen? (ähnlich MDK 15.2)	1_Pflege und medizinische Versorgung	
T04	Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht? (MDK 15.3)	1_Pflege und medizinische Versorgung	
T05	Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt? (MDK 15.4)	1_Pflege und medizinische Versorgung	
T06	Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst? (MDK 16.1 b)	1_Pflege und medizinische Versorgung	
T07	Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt? (ähnlich MDK 16.1e)	1_Pflege und medizinische Versorgung	
T08	Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus nachvollziehbar? (MDK 16.2a)	1_Pflege und medizinische Versorgung	
T09	Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe)? (MDK 16.2 c)	1_Pflege und medizinische Versorgung	
T10	Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens? (MDK 16.2e)	1_Pflege und medizinische Versorgung	
T11	Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst? (MDK 16.2 j)	1_Pflege und medizinische Versorgung	Ja
T12	Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die verordneten_Medikamente? (ähnlich MDK 13.7)	1_Pflege und medizinische Versorgung	
T13	Werden individuelle Ernährungsressourcen und Risiken erfasst? (ähnlich MDK 16.8b)	1_Pflege und medizinische Versorgung	
T14	Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Nahrungsversorgung durchgeführt? (ähnlich MDK 16.8g)	1_Pflege und medizinische Versorgung	
T15	Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung? (MDK: 13.2 d)	1_Pflege und medizinische Versorgung	Ja
T16	Werden individuelle Ressourcen und Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst? (ähnlich MDK 16.8b)	1_Pflege und medizinische Versorgung	
T17	Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen_Flüssigkeitsversorgung durchgeführt? (ähnlich MDK 16.8g)	1_Pflege und medizinische Versorgung	
T18	Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung? (MDK: 13.2 e)	1_Pflege und medizinische Versorgung	Ja
T19	Wird bei Bewohnern mit Ernährungssonden der Geschmackssinn angeregt? (neu)	1_Pflege und medizinische Versorgung	
T20	Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung? (MDK: 16.7 a)	1_Pflege und medizinische Versorgung	Ja
T21	Kooperiert das Pflegeheim bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt? (MDK 16.7 e)	1_Pflege und medizinische Versorgung	
T22	Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die individuellen Ressourcen und Risiken erfasst? (ähnlich MDK 16.3 a)	1_Pflege und medizinische Versorgung	Ja

## Anhang

Kriterium	Beschreibung des Kriteriums	Qualitätsbereich	Risiko-kriterium
T23	Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt? (ähnlich MDK 16.3 d)	1_Pflege und medizinische Versorgung	
T24	Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst? (MDK 16.5 b)	1_Pflege und medizinische Versorgung	
T25	Werden Sturzereignisse dokumentiert? (MDK 16.5 e)	1_Pflege und medizinische Versorgung	
T26	Werden erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt? (ähnlich MDK 16.5f.)	1_Pflege und medizinische Versorgung	
T27	Wird das individuelle Kontrakturrisiko erfasst? (MDK 16.6a)	1_Pflege und medizinische Versorgung	Ja
T28	Werden die erforderlichen Kontrakturprophylaxen durchgeführt? (ähnlich MDK 16.6 b)	1_Pflege und medizinische Versorgung	
T29	Liegen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor? (MDK 16.12a)	1_Pflege und medizinische Versorgung	Ja
T30	Wird die Notwendigkeit der freiheitseinschränkenden Maßnahmen regelmäßig überprüft? (MDK 16.12 c)	1_Pflege und medizinische Versorgung	
T31	Wird die erforderliche Körperpflege den Bedürfnissen und Gewohnheiten des Bewohners entsprechend durchgeführt? (ähnlich MDK 16.13a)	1_Pflege und medizinische Versorgung	
T32	Wird die erforderliche Mund- und Zahnpflege den Bedürfnissen und Gewohnheiten des Bewohners entsprechend durchgeführt? (ähnlich MDK 16.14a)	1_Pflege und medizinische Versorgung	
T33	Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt? (ähnlich MDK 4.1b und 14.16 und LE-Konzept 3.1)	1_Pflege und medizinische Versorgung	
T34	Werden die Mitarbeiter/innen regelmäßig in Erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult? (ähnlich MDK 6.13a)	1_Pflege und medizinische Versorgung	
T35	Existieren schriftliche Verfahrensanweisungen zu Erster Hilfe und Verhalten in Notfällen? (ähnlich MDK 6.13 b)	1_Pflege und medizinische Versorgung	
T36	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biographie des Heimbewohners beachtet und bei der Tagesgestaltung berücksichtigt? (inhaltlich MDK 16.10a/c und BIVA 2.1.2.4)	2_Umgang mit demenzkranken Bewohnern	
T37	Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege einbezogen? (inhaltlich MDK 16.10b)	2_Umgang mit demenzkranken Bewohnern	
T38	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung in der Pflegeplanung berücksichtigt? (inhaltlich MDK 16.10d).	2_Umgang mit demenzkranken Bewohnern	
T39	Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag ermittelt und dokumentiert und werden daraus Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet? (-neu-)	2_Umgang mit demenzkranken Bewohnern	
T40	Sind zielgruppengerechte Bewegungs- und Aufenthaltsflächen vorhanden (auch nachts)? (MDK 2.3 a verändert)	2_Umgang mit demenzkranken Bewohnern	
T41	Sind gesicherte Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien vorhanden? (MDK RP 8.1c)	2_Umgang mit demenzkranken Bewohnern	
T42	Gibt es identifikationserleichternde Milieugestaltung in Zimmern und Aufenthaltsräumen? (MDK 2.3 b)	2_Umgang mit demenzkranken Bewohnern	
T43	Wird mit individuellen Orientierungshilfen, z.B. Fotos, gearbeitet? (MDK 2.3d)	2_Umgang mit demenzkranken Bewohnern	
T44	Werden dem Bewohner geeignete Angebote gemacht, z. B. zur Bewegung, Kommunikation oder zur Wahrnehmung? (inhaltlich MDK 16.10e, f und g)	2_Umgang mit demenzkranken Bewohnern	
T45	Gibt es ein bedarfsgerechtes Speisenangebot für Bewohner mit Demenz? (MDK 9.2 d)	2_Umgang mit demenzkranken Bewohnern	

<b>Kriterium</b>	<b>Beschreibung des Kriteriums</b>	<b>Qualitätsbereich</b>	<b>Risiko- kriterium</b>
<b>T46</b>	Werden im Rahmen der sozialen Betreuung Gruppenangebote gemacht? (MDK 10.1a)	3_ Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung	
<b>T47</b>	Werden im Rahmen der sozialen Betreuung Einzelangebote gemacht? (MDK 10.1b)	3_ Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung	
<b>T48</b>	Veranstaltet das Pflegeheim jahreszeitliche Feste? (MDK 10.1c)	3_ Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung	
<b>T49</b>	Gibt es Aktivitäten zur Kontaktaufnahme/Kontaktpflege mit dem örtlichen Gemeinwesen? (MDK 10.1 d)	3_ Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung	
<b>T50</b>	Gibt es Maßnahmen zur Kontaktpflege zu den Angehörigen? (MDK 10.1 e)	3_ Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung	
<b>T51</b>	Sind die Angebote der sozialen Betreuung auf die Struktur und Bedürfnisse der Bewohner ausgerichtet? (MDK 10.2)	3_ Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung	
<b>T52</b>	Gibt es Hilfestellungen zur Eingewöhnung in die Pflegeeinrichtung (z. B. Bezugspersonen, Unterstützung bei der Orientierung, Integrationsgespräch nach 6 Wochen)? (AWO-Norm SP2)	3_ Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung	
<b>T53</b>	Wird die Eingewöhnungsphase systematisch ausgewertet? (AWO-Norm SP2.g)	3_ Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung	
<b>T54</b>	Gibt es ein Angebot zur Sterbebegleitung auf der Basis eines Konzeptes?_(ähnlich BIVA 3.3.1.1)	3_ Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung	
<b>T55</b>	Verfügt die Pflegeeinrichtung über ein Beschwerdemanagement? (ähnlich MDK 6.14)	3_ Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung	
<b>T56</b>	Ist die Gestaltung der Bewohnerzimmer z. B. mit eigenen Möbeln, Gegenständen und Erinnerungsstücken sowie die Entscheidung über ihre Platzierung möglich? (BIVA 3.1.3.1, ähnlich MDK 2.2a und b)	4_ Wohnen Verpflegung Hauswirtschaft und Hygiene	
<b>T57</b>	Wirken die Bewohner an der Gestaltung der Gemeinschaftsräume mit? (BIVA 3.1.3.2)	4_ Wohnen Verpflegung Hauswirtschaft und Hygiene	
<b>T58</b>	Ist der Gesamteindruck der Einrichtung im Hinblick auf Sauberkeit und Hygiene gut? (z. B. Optische Sauberkeit, Ordnung, Geruch) (ähnlich MDK 8.1 a) bis h)	4_ Wohnen Verpflegung Hauswirtschaft und Hygiene	
<b>T59</b>	Kann der Zeitpunkt des Essens im Rahmen bestimmter Zeitkorridore frei gewählt werden? (neu)	4_ Wohnen Verpflegung Hauswirtschaft und Hygiene	
<b>T60</b>	Wird Diätkost, z. B. für Menschen mit Diabetes, angeboten? (MDK 9.2 b)	4_ Wohnen Verpflegung Hauswirtschaft und Hygiene	
<b>T61</b>	Ist die Darbietung von Speisen und Getränken an den individuellen Fähigkeiten der Bewohner orientiert (z. B. wird die Nahrung nur bei tatsächlicher Notwendigkeit klein geschnitten oder als passierte Kost serviert)? (BIVA 1.3.2.4, MDK 9.2 e und f)	4_ Wohnen Verpflegung Hauswirtschaft und Hygiene	
<b>T62</b>	Wird der Speiseplan in gut lesbarer Form bekannt gegeben? (ähnlich MDK 9.1 und BIVA 1.3.2.1)	4_ Wohnen Verpflegung Hauswirtschaft und Hygiene	
<b>T63</b>	Orientieren die Portionsgrößen sich an den individuellen Wünschen der Bewohner? (BIVA 1.2.2.6)	4_ Wohnen Verpflegung Hauswirtschaft und Hygiene	
<b>T64</b>	Werden Speisen und Getränke in für die Bewohner angenehmen Räumlichkeiten und entspannter Atmosphäre angeboten? (neu)	4_ Wohnen Verpflegung Hauswirtschaft und Hygiene	
<b>T65</b>	Wird mit Ihnen der Zeitpunkt von Pflege- und Betreuungsmaßnahmen abgestimmt? (BIVA 3.1.2.1)	5_ Befragung der Bewohner	
<b>T66</b>	Entscheiden Sie, ob Ihre Zimmertür offen oder geschlossen gehalten wird? (BIVA 3.1.2.1)	5_ Befragung der Bewohner	
<b>T67</b>	Werden Sie von den Mitarbeitern motiviert, sich teilweise oder ganz selber zu waschen? (MDK: 12.3)	5_ Befragung der Bewohner	
<b>T68</b>	Sorgen die Mitarbeiter dafür, dass Ihnen z. B. beim Waschen außer der Pflegekraft niemand zusehen kann? (BIVA 3.2.4.2)	5_ Befragung der Bewohner	

## Anhang

<b>Kriterium</b>	<b>Beschreibung des Kriteriums</b>	<b>Qualitätsbereich</b>	<b>Risiko- kriterium</b>
<b>T69</b>	Hat sich für Sie etwas zum Positiven geändert, wenn Sie sich beschwert haben? (ähnlich 12.19 MDK)	5_Befragung der Bewohner	
<b>T70</b>	Entspricht die Hausreinigung Ihren Erwartungen? (MDK 12.16)	5_Befragung der Bewohner	
<b>T71</b>	Können Sie beim Mittagessen zwischen verschiedenen Gerichten auswählen? (MDK 12.6)	5_Befragung der Bewohner	
<b>T72</b>	Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich? (MDK 12.1)	5_Befragung der Bewohner	
<b>T73</b>	Nehmen sich die Pflegenden ausreichend Zeit für Sie?_(MDK 12.2)	5_Befragung der Bewohner	
<b>T74</b>	Fragen die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung Sie, welche Kleidung Sie anziehen möchten? (MDK 12.4)	5_Befragung der Bewohner	
<b>T75</b>	Schmeckt Ihnen das Essen i. d. R.?_(neu)	5_Befragung der Bewohner	
<b>T76</b>	Sind Sie mit den Essenszeiten zufrieden? (MDK 12.8)	5_Befragung der Bewohner	
<b>T77</b>	Bekommen Sie Ihrer Meinung nach jederzeit ausreichend zuzahlungsfrei zu trinken angeboten?_(MDK 12.9)	5_Befragung der Bewohner	
<b>T78</b>	Entsprechen die sozialen und kulturellen Angebote Ihren Interessen? (MDK 12.10)	5_Befragung der Bewohner	
<b>T79</b>	Wird Ihnen die Teilnahme an Beschäftigungsangeboten ermöglicht? (MDK 12.11)	5_Befragung der Bewohner	
<b>T80</b>	Werden Ihnen Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien angeboten? (MDK 12.12)	5_Befragung der Bewohner	
<b>T81</b>	Können Sie jederzeit Besuch empfangen? (MDK 12.15)	5_Befragung der Bewohner	
<b>T82</b>	Erhalten Sie die zum Waschen abgegebene Wäsche zeitnah, vollständig und in einwandfreiem Zustand aus der Wäscherei zurück? (MDK 12.17)	5_Befragung der Bewohner	

**Bezeichnung der Transparenzkriterien für ambulante Dienste**

<b>Kriterium</b>	<b>Beschreibung des Kriteriums</b>	<b>Qualitätsbereich</b>	<b>Risiko- kriterium</b>
<b>T01</b>	Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt? -neu-	1_ Pflegerische Leistungen	
<b>T02</b>	Werden die individuellen Wünsche zum Essen und Trinken im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt? -neu-	1_ Pflegerische Leistungen	
<b>T03</b>	Wurde die vereinbarte Leistung zur Flüssigkeitsversorgung nachvollziehbar durchgeführt? -neu-	1_ Pflegerische Leistungen	
<b>T04</b>	Werden die individuellen Ressourcen und Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind? (MDK 14.8 a und b teilweise)	1_ Pflegerische Leistungen	
<b>T05</b>	Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger informiert bei erkennbaren Flüssigkeitsdefiziten? (MDK 14.8c teilweise)	1_ Pflegerische Leistungen	<b>Ja</b>
<b>T06</b>	Wurde die vereinbarte Leistung zur Nahrungsaufnahme nachvollziehbar durchgeführt? (MDK 14.8g teilweise )	1_ Pflegerische Leistungen	
<b>T07</b>	Werden die individuellen Ressourcen und Risiken bei der Ernährung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind? (MDK 14.8 a und b teilweise)	1_ Pflegerische Leistungen	
<b>T08</b>	Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger informiert bei erkennbaren Ernährungsdefiziten? (MDK 14.8 c teilweise)	1_ Pflegerische Leistungen	<b>Ja</b>
<b>T09</b>	Werden individuelle Ressourcen und Risiken im Zusammenhang mit Ausscheidungen erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind? (ähnlich MDK 14.3a)	1_ Pflegerische Leistungen	
<b>T10</b>	Wurde die vereinbarte Leistung zur Unterstützung bei Ausscheidungen/Inkontinenzversorgung nachvollziehbar durchgeführt? (ähnlich MDK 14.3d)	1_ Pflegerische Leistungen	
<b>T11</b>	Wenn bei der Erbringung von vereinbarten Leistungen beim pflegebedürftigen Menschen für den Pflegedienst ein individuelles Dekubitusrisiko erkennbar ist, wird dieses dann erfasst? -neu-	1_ Pflegerische Leistungen	<b>Ja</b>
<b>T12</b>	Wird im Rahmen der vereinbarten Leistung Lagern eine gewebeschonende Lagerung zur Vermeidung von Druckgeschwüren vorgenommen? -neu-	1_ Pflegerische Leistungen	
<b>T13</b>	Werden die individuellen Risiken hinsichtlich der Kontrakturen bei der Erbringung der vereinbarten Leistungen berücksichtigt? -neu-	1_ Pflegerische Leistungen	<b>Ja</b>
<b>T14</b>	Werden die vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt? -neu-	1_ Pflegerische Leistungen	

T15	Werden bei Menschen mit Demenz die biografischen und anderen Besonderheiten bei der Leistungserbringung beachtet? (MDK 14.10b ähnlich)	1_ Pflegerische Leistungen	
T16	Werden die Angehörigen über den Umgang mit demenzkranken Pflegebedürftigen im Rahmen der Leistungserbringung informiert? (MDK 14.10c ähnlich)	1_ Pflegerische Leistungen	
T17	Liegen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen die notwendigen Einwilligungen oder Genehmigungen vor? (MDK 14.12a ähnlich)	1_ Pflegerische Leistungen	Ja
<b>Kriterium</b>	<b>Beschreibung des Kriteriums</b>	<b>Qualitätsbereich</b>	<b>Risiko-kriterium</b>
T18	Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens? (MDK 13.23 und 14.2 ähnlich)	2_ Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen	
T19	Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung? (MDK 13.18g ähnlich)	2_ Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen	
T20	Wird die Blutdruckmessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen? (MDK 13.5 ähnlich)	2_ Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen	
T21	Werden bei beatmungspflichtigen Menschen Vorbeugemaßnahmen gegen Pilzinfektionen in der Mundschleimhaut, Entzündungen der Ohrspeicheldrüse und Lungenentzündung sachgerecht durchgeführt?	2_ Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen	Ja
T22	Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen? (MDK 13.6 teilweise)	2_ Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen	
T23	Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert? (MDK 13.12d teilweise)	2_ Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen	
T24	Wird mit Kompressionsstrümpfen/-verbänden sachgerecht umgegangen? (MDK 13.24)	2_ Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen	
T25	Wird die Katheterisierung der Harnblase entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert? (MDK 14.4 teilweise)	2_ Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen	Ja
T26	Wird die Stomabehandlung entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert? (MDK 13.19 ähnlich)	2_ Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen	Ja
T27	Ist bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?	2_ Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen	
T28	Ist aus der Pflegedokumentation ersichtlich, dass ein Erstgespräch geführt wurde? (MDK 12.2a)	3_ Dienstleistung und Organisation	

Anhang

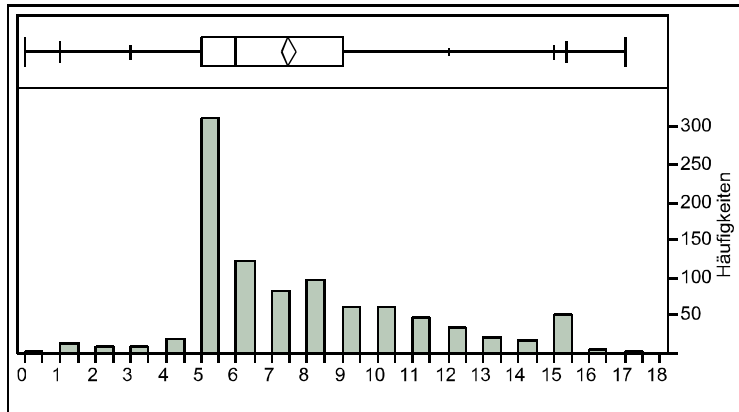
<b>T29</b>	Wird durch den Pflegedienst vor Vertragsbeginn ein Kostenvoranschlag über die voraussichtlich entstehenden Kosten erstellt? -neu-	3_ Dienstleistung und Organisation	
<b>T30</b>	Gibt es wirksame Regelungen innerhalb des Pflegedienstes, die die Einhaltung des Datenschutzes sicherstellen? -neu-	3_ Dienstleistung und Organisation	
<b>T31</b>	Gibt es schriftliche Verfahrensanweisungen zum Verhalten der Pflegekräfte in Notfällen bei pflegebedürftigen Menschen? (MDK 6.12b ähnlich)	3_ Dienstleistung und Organisation	
<b>T32</b>	Werden die Mitarbeiter regelmäßig in erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult? (MDK 6.12a ähnlich)	3_ Dienstleistung und Organisation	
<b>T33</b>	Gibt es eine schriftliche Regelung zum Umgang mit Beschwerden? (MDK 6.13a ähnlich)	3_ Dienstleistung und Organisation	
<b>T34</b>	Gibt es einen Fortbildungsplan, der sicherstellt, dass alle in der Pflege tätigen Mitarbeiter in die Fortbildungen einbezogen werden? (MDK 6.8 ähnlich)	3_ Dienstleistung und Organisation	

Kriterium	Beschreibung des Kriteriums	Qualitätsbereich	Risiko-kriterium
T35	Ist der Verantwortungsbereich/sind die Aufgaben für die leitende Pflegefachkraft geregelt? (MDK 3.1b teilweise)	3_ Dienstleistung und Organisation	
T36	Ist der Verantwortungsbereich/sind die Aufgaben für die Mitarbeiter in der Hauswirtschaft geregelt? (MDK 3.1f ähnlich)	3_ Dienstleistung und Organisation	
T37	Wird die ständige Erreichbarkeit und Einsatzbereitschaft des Pflegedienstes im Hinblick auf die vereinbarten Leistungen sichergestellt? (MDK 4.6 teilweise)	3_ Dienstleistung und Organisation	
T38	Wurde mit Ihnen ein schriftlicher Pflegevertrag abgeschlossen?	4_ Befragung der Kunden	
T39	Wurden Sie durch den Pflegedienst vor Leistungsbeginn darüber informiert, welche Kosten Sie voraussichtlich selbst übernehmen müssen?	4_ Befragung der Kunden	
T40	Werden mit Ihnen die Zeiten der Pflegeeinsätze abgestimmt?	4_ Befragung der Kunden	
T41	Fragen die Mitarbeiter des Pflegedienstes Sie, welche Kleidung Sie anziehen möchten?	4_ Befragung der Kunden	
T42	Kommt ein überschaubarer Kreis von Mitarbeitern des Pflegedienstes zu Ihnen?	4_ Befragung der Kunden	
T43	War der Pflegedienst bei Bedarf für Sie erreichbar und einsatzbereit?	4_ Befragung der Kunden	
T44	Werden Sie von den Mitarbeitern des Pflegedienstes unterstützt/motiviert, sich teilweise oder ganz selber zu waschen?	4_ Befragung der Kunden	
T45	Geben die Mitarbeiter Ihnen Tipps und Hinweise (Informationen) zur Pflege?	4_ Befragung der Kunden	
T46	Hat sich nach einer Beschwerde etwas zum Positiven geändert? (ähnlich MDK 10.13)	4_ Befragung der Kunden	
T47	Respektieren die Mitarbeiter des Pflegedienstes ihre Privatsphäre?	4_ Befragung der Kunden	
T48	Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich? (MDK 10.5)	4_ Befragung der Kunden	
T49	Sind Sie mit den hauswirtschaftlichen Leistungen des Pflegedienstes zufrieden?	4_ Befragung der Kunden	



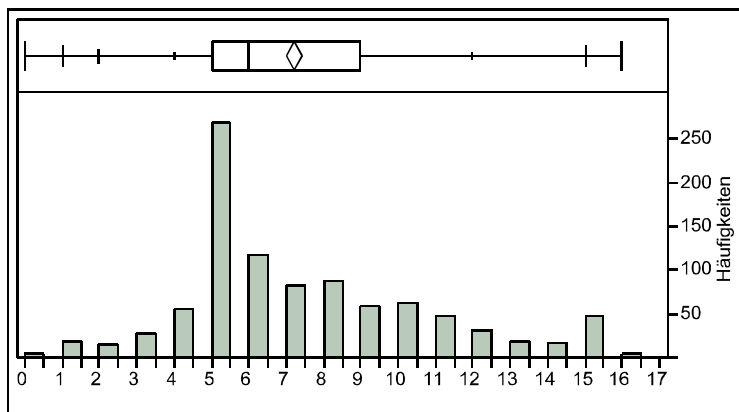
**Häufigkeitsverteilungen zu den Transparenzkriterien bei stationären Einrichtungen**

**Anzahl einbezogener Bewohner/-innen insgesamt**



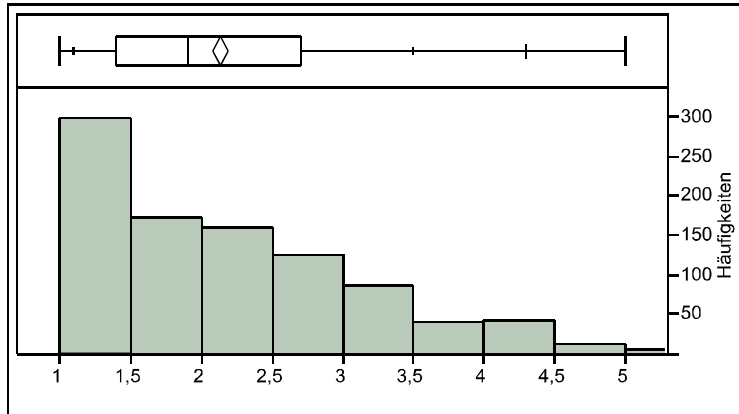
Quantile			Momente	
100,0 %	Maximum	17,000	Mittelwert	7,4762931
99,5 %		15,355	Std.-Abw.	3,1557004
97,5 %		15,000	Std.-Fehler Mittelwert	0,1035909
90,0 %		12,000	95% KI oben Mittelwert	7,6795931
75,0 %	Quartil	9,000	95% KI unten Mittelwert	7,2729932
50,0 %	Median	6,000	N	928
25,0 %	Quartil	5,000		
10,0 %		5,000		
2,5 %		3,000		
0,5 %		1,000		
0,0 %	Minimum	0,000		

**Anzahl befragter Bewohner/-innen insgesamt**



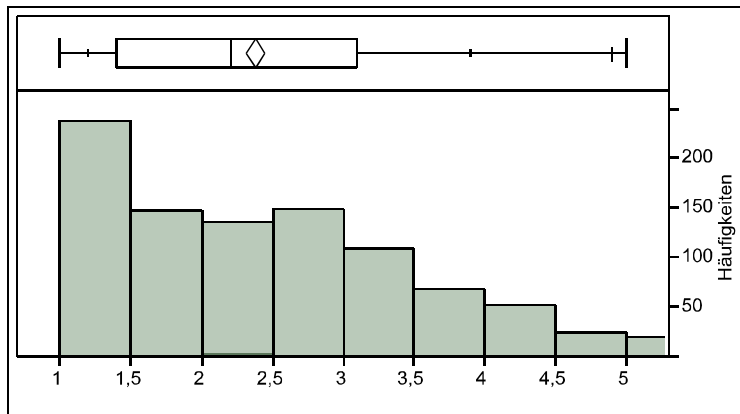
Quantile		Momente	
Mittelwert	7,4762931	Mittelwert	7,2090517
Std.-Abw.	3,1557004	Std.-Abw.	3,2156313
Std.-Fehler Mittelwert	0,1035909	Std.-Fehler Mittelwert	0,1055583
95% KI oben Mittelwert	7,6795931	95% KI oben Mittelwert	7,4162126
95% KI unten Mittelwert	7,2729932	95% KI unten Mittelwert	7,0018908
N	928	N	928

**Gesamtnote**



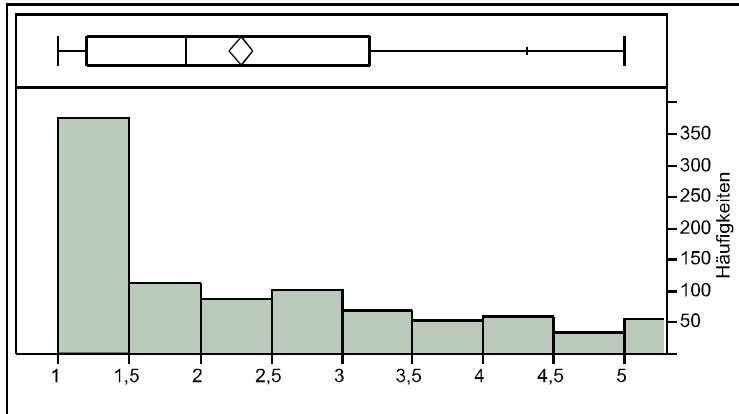
Quantile			Momente	
100,0 %	Maximum	5,0000	Mittelwert	2,1331897
99,5 %		5,0000	Std.-Abw.	0,9301713
97,5 %		4,3000	Std.-Fehler Mittelwert	0,0305344
90,0 %		3,5000	95% KI oben Mittelwert	2,1931142
75,0 %	Quartil	2,7000	95% KI unten Mittelwert	2,0732651
50,0 %	Median	1,9000	N	928
25,0 %	Quartil	1,4000		
10,0 %		1,1000		
2,5 %		1,0000		
0,5 %		1,0000		
0,0 %	Minimum	1,0000		

**Benotung Qualitätsbereich 1 „Pflegerische Leistungen“**



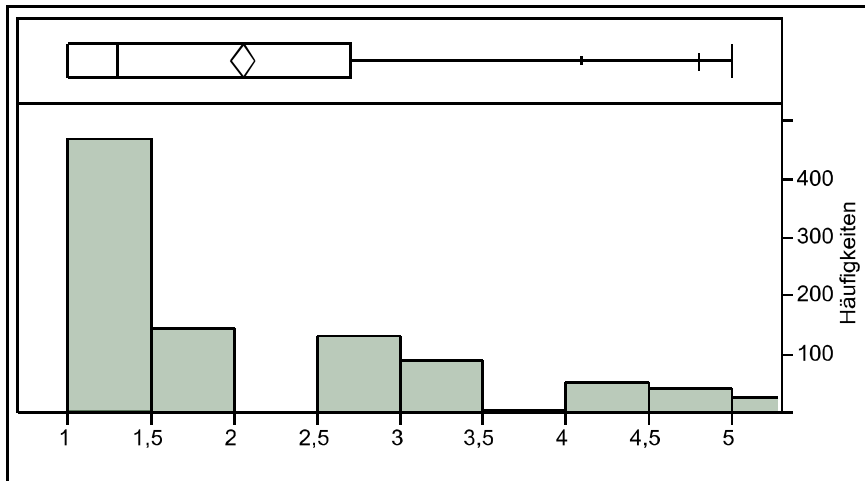
Quantile			Momente	
100,0 %	Maximum	5,0000	Mittelwert	2,3803879
99,5 %		5,0000	Std.-Abw.	1,048903
97,5 %		4,9000	Std.-Fehler Mittelwert	0,0344319
90,0 %		3,9000	95% KI oben Mittelwert	2,4479615
75,0 %	Quartil	3,1000	95% KI unten Mittelwert	2,3128144
50,0 %	Median	2,2000	N	928
25,0 %	Quartil	1,4000		
10,0 %		1,2000		
2,5 %		1,0000		
0,5 %		1,0000		
0,0 %	Minimum	1,0000		

**Benotung Qualitätsbereich 2 „Umgang mit demenzkranken Bewohnern“**



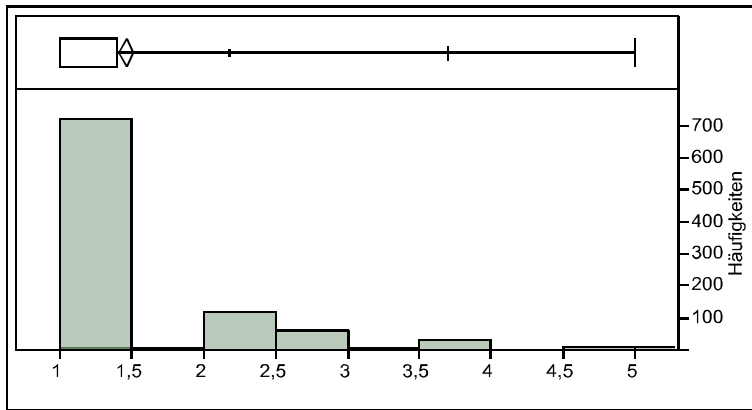
Quantile			Momente	
100,0 %	Maximum	5,0000	Mittelwert	2,2856681
99,5 %		5,0000	Std.-Abw.	1,2752221
97,5 %		5,0000	Std.-Fehler Mittelwert	0,0418612
90,0 %		4,3100	95% KI oben Mittelwert	2,3678218
75,0 %	Quartil	3,2000	95% KI unten Mittelwert	2,2035144
50,0 %	Median	1,9000	N	928
25,0 %	Quartil	1,2000		
10,0 %		1,0000		
2,5 %		1,0000		
0,5 %		1,0000		
0,0 %	Minimum	1,0000		

**Benotung Qualitätsbereich 3 „Dienstleistung und Organisation“**



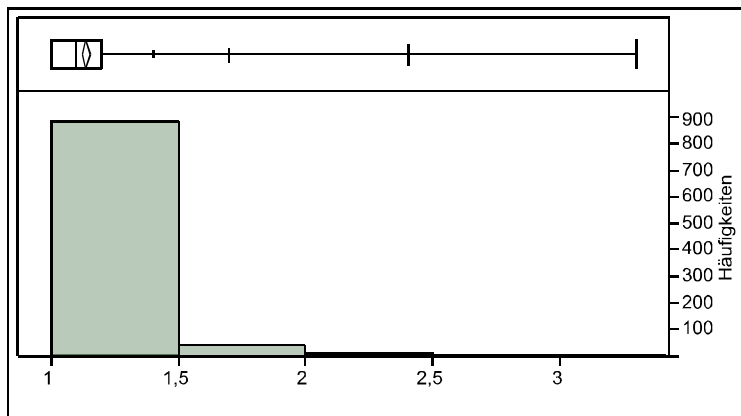
Quantile			Momente	
100,0 %	Maximum	5,0000	Mittelwert	2,0511853
99,5 %		5,0000	Std.-Abw.	1,1881284
97,5 %		4,8000	Std.-Fehler Mittelwert	0,0390022
90,0 %		4,1000	95% KI oben Mittelwert	2,1277282
75,0 %	Quartil	2,7000	95% KI unten Mittelwert	1,9746424
50,0 %	Median	1,3000	N	928
25,0 %	Quartil	1,0000		
10,0 %		1,0000		
2,5 %		1,0000		
0,5 %		1,0000		
0,0 %	Minimum	1,0000		

**Benotung Qualitätsbereich 4 „Wohnen Verpflegung Hauswirtschaft und Hygiene“**



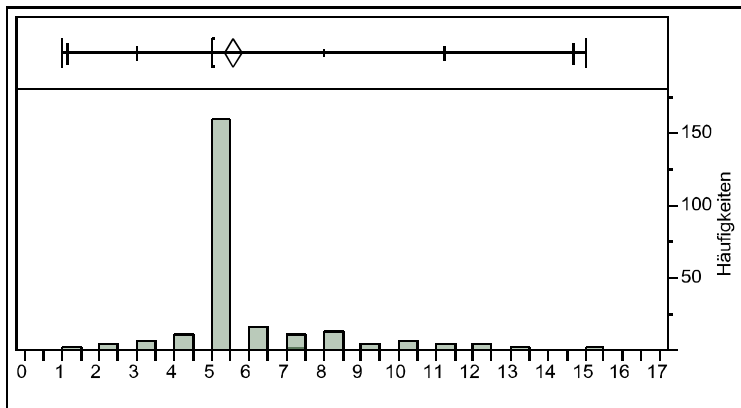
Quantile			Momente	
100,0 %	Maximum	5,0000	Mittelwert	1,4613147
99,5 %		5,0000	Std.-Abw.	0,7536472
97,5 %		3,7000	Std.-Fehler Mittelwert	0,0247397
90,0 %		2,1800	95% KI oben Mittelwert	1,5098669
75,0 %	Quartil	1,4000	95% KI unten Mittelwert	1,4127624
50,0 %	Median	1,0000	N	928
25,0 %	Quartil	1,0000		
10,0 %		1,0000		
2,5 %		1,0000		
0,5 %		1,0000		
0,0 %	Minimum	1,0000		

**Benotung Qualitätsbereich 5 „Befragung der Kunden“**



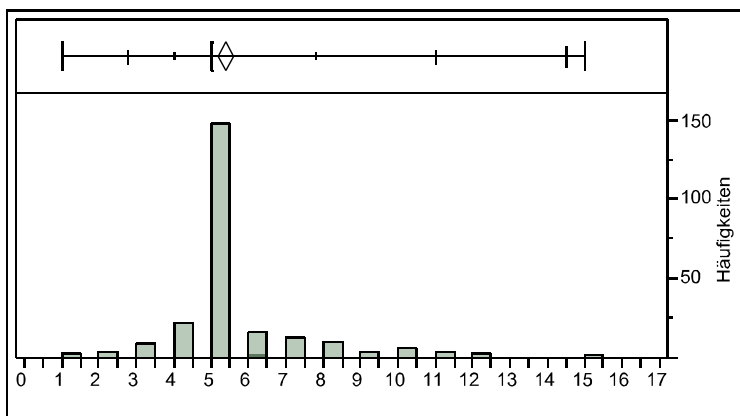
Quantile			Momente	
100,0 %	Maximum	3,3000	Mittelwert	1,1378233
99,5 %		2,4065	Std.-Abw.	0,2154807
97,5 %		1,7000	Std.-Fehler Mittelwert	0,0070735
90,0 %		1,4000	95% KI oben Mittelwert	1,1517052
75,0 %	Quartil	1,2000	95% KI unten Mittelwert	1,1239413
50,0 %	Median	1,1000	N	928
25,0 %	Quartil	1,0000		
10,0 %		1,0000		
2,5 %		1,0000		
0,5 %		1,0000		
0,0 %	Minimum	1,0000		

**Häufigkeitsverteilungen zu den Transparenzkriterien bei ambulanten Diensten**  
**Anzahl einbezogener Kund(inn)en insgesamt**



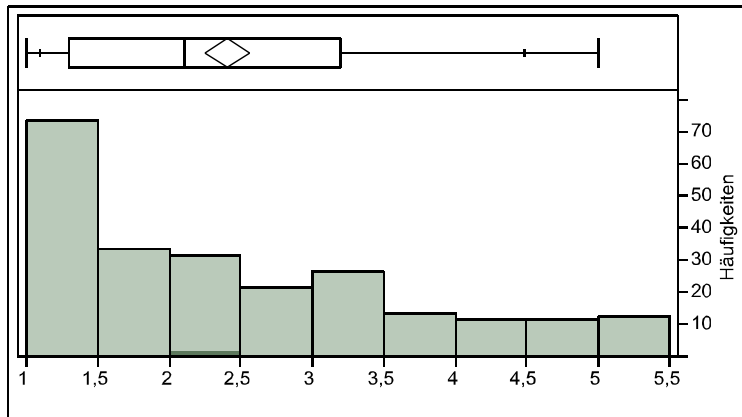
Quantile			Momente	
100,0 %	Maximum	15,000	Mittelwert	5,5714286
99,5 %		14,680	Std.-Abw.	1,8088808
97,5 %		11,200	Std.-Fehler Mittelwert	0,1190156
90,0 %		8,000	95% KI oben Mittelwert	5,8059288
75,0 %	Quartil	5,000	95% KI unten Mittelwert	5,3369283
50,0 %	Median	5,000	N	231
25,0 %	Quartil	5,000		
10,0 %		5,000		
2,5 %		3,000		
0,5 %		1,160		
0,0 %	Minimum	1,000		

**Anzahl befragter Kund(inn)en insgesamt**



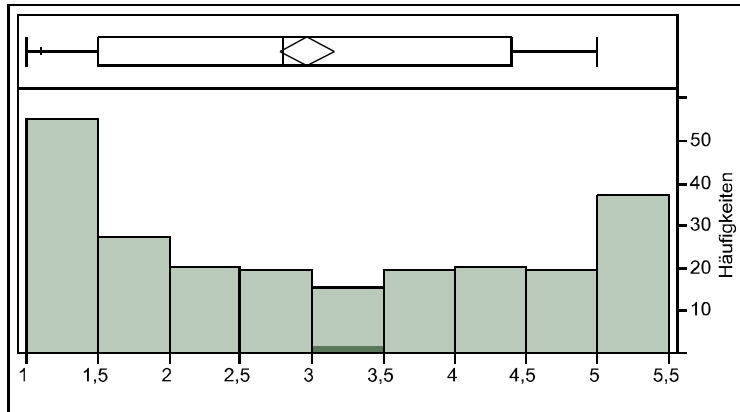
Quantile			Momente	
100,0 %	Maximum	15,000	Mittelwert	5,3939394
99,5 %		14,520	Std.-Abw.	1,7434991
97,5 %		11,000	Std.-Fehler Mittelwert	0,1147138
90,0 %		7,800	95% KI oben Mittelwert	5,6199637
75,0 %	Quartil	5,000	95% KI unten Mittelwert	5,1679151
50,0 %	Median	5,000	N	231
25,0 %	Quartil	5,000		
10,0 %		4,000		
2,5 %		2,800		
0,5 %		1,000		
0,0 %	Minimum	1,000		

**Gesamtnote**



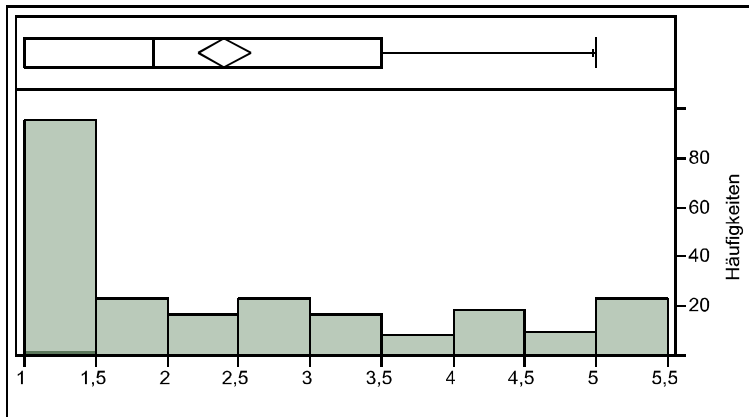
Quantile			Momente	
100,0 %	Maximum	5,0000	Mittelwert	2,4095238
99,5 %		5,0000	Std.-Abw.	1,2225758
97,5 %		5,0000	Std.-Fehler Mittelwert	0,0804396
90,0 %		4,4800	95% KI oben Mittelwert	2,5680165
75,0 %	Quartil	3,2000	95% KI unten Mittelwert	2,2510311
50,0 %	Median	2,1000	N	231
25,0 %	Quartil	1,3000		
10,0 %		1,1000		
2,5 %		1,0000		
0,5 %		1,0000		
0,0 %	Minimum	1,0000		

**Benotung Qualitätsbereich 1 „Pflegerische Leistungen“**



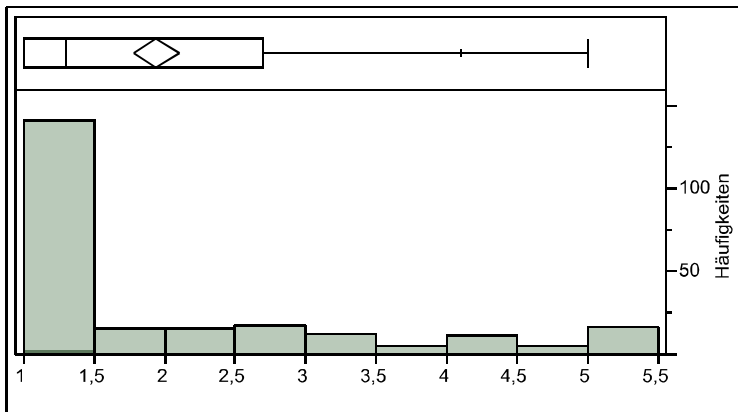
Quantile			Momente	
100,0 %	Maximum	5,0000	Mittelwert	2,9679654
99,5 %		5,0000	Std.-Abw.	1,4505815
97,5 %		5,0000	Std.-Fehler Mittelwert	0,0954413
90,0 %		5,0000	95% KI oben Mittelwert	3,1560163
75,0 %	Quartil	4,4000	95% KI unten Mittelwert	2,7799144
50,0 %	Median	2,8000	N	231
25,0 %	Quartil	1,5000		
10,0 %		1,1000		
2,5 %		1,0000		
0,5 %		1,0000		
0,0 %	Minimum	1,0000		

**Benotung Qualitätsbereich 2 „Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen“**



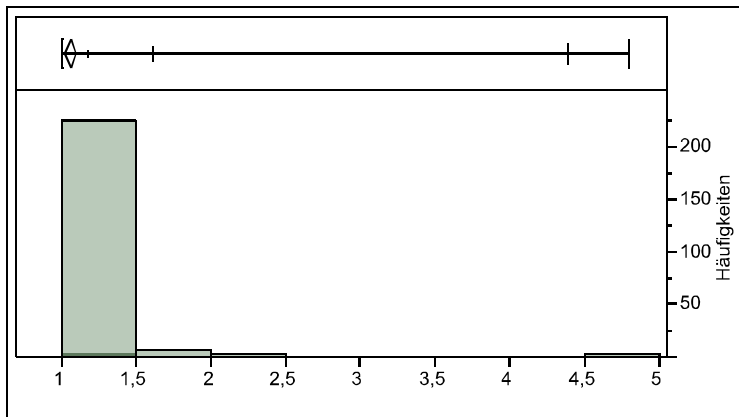
Quantile			Momente	
100,0 %	Maximum	5,0000	Mittelwert	2,3969697
99,5 %		5,0000	Std.-Abw.	1,4216461
97,5 %		5,0000	Std.-Fehler Mittelwert	0,0935374
90,0 %		4,9800	95% KI oben Mittelwert	2,5812695
75,0 %	Quartil	3,5000	95% KI unten Mittelwert	2,2126699
50,0 %	Median	1,9000	N	231
25,0 %	Quartil	1,0000		
10,0 %		1,0000		
2,5 %		1,0000		
0,5 %		1,0000		
0,0 %	Minimum	1,0000		

**Benotung Qualitätsbereich 3 „Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung“**



Quantile			Momente	
100,0 %	Maximum	5,0000	Mittelwert	1,9415584
99,5 %		5,0000	Std.-Abw.	1,273716
97,5 %		5,0000	Std.-Fehler Mittelwert	0,0838044
90,0 %		4,1000	95% KI oben Mittelwert	2,1066808
75,0 %	Quartil	2,7000	95% KI unten Mittelwert	1,7764361
50,0 %	Median	1,3000	N	231
25,0 %	Quartil	1,0000		
10,0 %		1,0000		
2,5 %		1,0000		
0,5 %		1,0000		
0,0 %	Minimum	1,0000		

**Benotung Qualitätsbereich 4 „Wohnen Verpflegung Hauswirtschaft und Hygiene“**



Quantile			Momente	
100,0 %	Maximum	4,8000	Mittelwert	1,0627706
99,5 %		4,3840	Std.-Abw.	0,2889247
97,5 %		1,6200	Std.-Fehler Mittelwert	0,0190099
90,0 %		1,1800	95% KI oben Mittelwert	1,1002263
75,0 %	Quartil	1,0000	95% KI unten Mittelwert	1,0253148
50,0 %	Median	1,0000	N	231
25,0 %	Quartil	1,0000		
10,0 %		1,0000		
2,5 %		1,0000		
0,5 %		1,0000		
0,0 %	Minimum	1,0000		



HEIM SUCHEN:  
PLZ / Ort / Heimname  
Erweiterte Suche [öffnen](#)

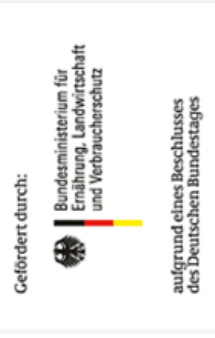
Heimverzeichnis  
➤ **Kurzbeschreibung**

- Aktuelles
- Ziele
- Projektentwicklung
- Qualitätskriterien
- Bewertung
- Projektbeteiligte
- Bibliothek

Erfahrungsberichte

Häufige Fragen (FAQ)

Heime nach Ortsname A-Z



Sie sind hier: [Start](#) > [Heimverzeichnis](#) > [Kurzbeschreibung](#)

## Kurzbeschreibung

Herzlich willkommen in unserer Datenbank zur Heimsuche. Wir informieren Sie über **stationäre Betreuungsangebote für ältere Menschen** in Deutschland.

In diesem Verzeichnis werden künftig nahezu alle **Pflegeheime, Seniorenheime und Altersheime** erfasst sein

- mit ihren **Kontakt**daten
- mit ihren Wohn- und Betreuungsangeboten (**Strukturdaten**) und was einmalig ist
- mit Angaben zur **Lebensqualität** in den jeweiligen Heimen (**Verbraucherfreundlichkeit**).

Mit diesem Verzeichnis möchten wir Ihnen eine **Orientierungshilfe** bei der Auswahl des für Sie richtigen Heims bieten, das nicht nur das für Ihren Betreuungsbedarf passende Angebot bereit hält, sondern sich auch durch **Verbraucherfreundlichkeit** auszeichnet.

Die **gezielte Suche nach einem Heim** möchten wir für Sie so umfangreich wie möglich gestalten: Es ist sowohl möglich, nach geografischen Kriterien zu suchen, als auch nach Ausstattung und Angebot der Pflegeeinrichtungen zu recherchieren.

Wir konzentrieren uns bei unserer **Bewertung** auf die den Bewohnerinnen und Bewohnern gebotene **Lebensqualität**. Daher unterscheiden wir uns von anderen Verzeichnissen, die lediglich Leistungen und Preise oder Prüfergebnisse zur Pflegequalität veröffentlichen. Dadurch ist es möglich, dass unsere Beurteilung zur Lebensqualität von anderen Beurteilungsergebnissen über Heime abweicht. Dies ist kein Widerspruch, sondern liegt an den unterschiedlichen Fragestellungen und Sichtweisen.

**Stichworte:** Heim Suche Altersheim Heimsuche Seniorenheim Heim-Suche betreutes Wohnen Altenheim Wohnen im Alter Pflegeheim Bewertung



Auf dem Weg zum grünen Haken (Video)



Wie läuft eine Begutachtung ab?  
➤ [Hier erfahren Sie mehr](#)

**Die Senioren sind Ihre Welt**  
Elfriede Baier nimmt als ehrenamtliche Gutachterin Pflegeheime unter die Lupe und verteilt „grüne...“  
➤ [Hier erfahren Sie mehr](#)

**Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie  
der Freien Universität Berlin**

**Konstruktion eines Fragebogens zur Lebensqualität multimorbider  
älterer Menschen ohne Einschränkung der kognitiven Funktion**

Dissertation  
zur Erlangung des akademischen Grades  
Doktor der Philosophie  
(Dr. phil.)

vorgelegt von  
Dipl.-Psych.  
Martin Holzhausen

Erstgutachter: Prof. Dr. Peter Martus  
Charité – Universitätsmedizin Berlin  
Institut für Biometrie und klinische Epidemiologie

Zweitgutachter: Prof. Dr. Clemens Tesch-Römer  
Deutsches Zentrum für Altersfragen

Disputation am 12.11.2007, Berlin

**INHALTSVERZEICHNIS**

<b>ZUSAMMENFASSUNG</b>	<b>i</b>
<b>Danksagung</b>	<b>iii</b>
<b>Verzeichnis der Abbildungen</b>	<b>iv</b>
<b>Verzeichnis der Tabellen</b>	<b>vi</b>
<b>I THEORETISCHER HINTERGRUND</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Einleitung</b>	<b>1</b>
<b>1.2 Alter(n) und Krankheit</b>	<b>4</b>
1.2.1 Heterogenität im Alter: Junge Alte und alte Alte	4
1.2.2 Normale altersbedingte Veränderungen des menschlichen Organismus	6
1.2.3 Subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit und objektiver Gesundheitsstatus	7
1.2.4 Morbiditätsstrukturen im Alter	10
1.2.5 Multimorbidität und Polypathie - Definitionsansätze und Abgrenzungen	13
<b>1.3 Lebensqualität</b>	<b>15</b>
1.3.1 Anwendungsbereiche innerhalb der Human- und Gesundheitswissenschaften	16
1.3.2 Begriffsbestimmung von „Lebensqualität“	18
1.3.2.1 <i>Vorbemerkung: Schwierigkeiten einer Begriffsbestimmung</i>	18
1.3.2.2 <i>Der Begriff „Lebensqualität“ in den Forschungstraditionen</i>	20
1.3.2.2.1 Lebensqualität aus sozioökonomischer Sicht	21
1.3.2.2.2 Lebensqualität aus psychologischer Sicht	21
1.3.2.2.3 Lebensqualität aus medizinischer Sicht	23
1.3.2.3 <i>Zusammenschau und Bewertung</i>	24
1.3.3 Lebensqualität als multidimensionales Konstrukt	26
1.3.3.1 <i>Das multidimensionale Modell der Lebensqualität älterer Menschen nach Lawton</i>	26
1.3.3.2 <i>Das Modell der vier Lebensqualitäten nach Veenhoven</i>	29
1.3.3.3 <i>Synoptische Bemerkungen</i>	31
1.3.4 Perspektive und Inhalt – Rahmenfaktoren der Operationalisierung von Lebensqualität	31

1.3.4.1	<i>Selbst- und Fremdperspektive in der Erfassung von Lebensqualität</i>	32
1.3.4.2	<i>Top-down- und bottom-up Konzepte von Wohlbefinden und Lebensqualität</i>	34
1.3.4.2.1	Top-down Ansätze	34
1.3.4.2.2	Bottom-up Ansätze	34
1.3.4.2.3	Integrative Ansätze	35
1.3.5	Eine psychologische Perspektive: Globale versus bereichsspezifische Lebenszufriedenheit und subjektives Wohlbefinden	36
1.3.5.1	<i>Modell der Lebenszufriedenheit nach Campbell, Converse und Rodgers</i>	37
1.3.5.2	<i>Das Urteilsmodell des subjektiven Wohlbefindens nach Schwarz und Strack</i>	39
1.3.5.3	<i>Verflechtung kognitiver und affektiver Komponenten in Urteilen zur Lebenszufriedenheit</i>	41
1.3.6	Lebensqualität und Wohlbefinden im Alter	42
1.3.6.1	<i>Modelle der Anpassung im Alter</i>	43
1.3.6.2	<i>Das Paradox des subjektiven Wohlbefindens</i>	46
1.3.6.3	<i>Differenzielle Effekte von Multimorbidität auf Lebensqualität aus medizinisch-pflegerischer Perspektive</i>	49
1.3.6.4	<i>Die Bedeutung spezifischer Lebensbereiche im Alter</i>	51
1.3.7	Empirische Herausforderungen in der Messung von Lebensqualität multimorbider älterer Menschen	62
1.3.8	Individualisierte Messung von Lebensqualität	65
<b>1.4</b>	<b>Der Fragebogen zur Lebensqualität multimorbider älterer Menschen (FLQM)</b>	<b>67</b>
1.4.1	Theoretische und empirische Grundlagen	67
1.4.2	Fragebogenentwurf	71
<b>1.5</b>	<b>Ziele dieser Arbeit und forschungsleitende Annahmen</b>	<b>72</b>
1.5.1	Hypothesennetz zur Konstruktvalidierung	74
1.5.1.1	<i>Zusammenhänge mit den Subskalen des SF-36</i>	74
1.5.1.2	<i>Zusammenhänge mit dem PANAS</i>	75
1.5.1.3	<i>Zusammenhänge mit dem PGCMS</i>	75
1.5.1.4	<i>Zusammenhang mit globaler Lebenszufriedenheit</i>	75

1.5.1.5	<i>Zusammenhänge mit sozioökonomischen und demografischen Variablen</i>	76
1.5.2	Inhaltsvalidität	76
1.5.2.1	<i>Reichhaltigkeit der individuellen Bereichssysteme</i>	76
1.5.2.2	<i>Grad der Abhängigkeit individueller Nennungen von der Instruktion zum FLQM</i>	76
1.5.3	Exploration querschnittlicher Unterschiede subjektiver Konstruktionen von Lebensqualität im Alter	77
1.5.4	Verständlichkeit und Durchführbarkeit	77
<b>II</b>	<b>METHODISCHES VORGEHEN</b>	<b>78</b>
<b>2.1</b>	<b>Grundgesamtheit und Stichproben</b>	<b>78</b>
2.1.1	Grundgesamtheit	78
2.1.2	Studie 1 (Qualitative Interviews): Teilnehmergeinnung und Stichprobe	79
2.1.3	Studie 2 (Pilotuntersuchung mit dem FLQM): Teilnehmergeinnung und Stichprobe	79
<b>2.2</b>	<b>Ablauf und Durchführung der Erhebungen</b>	<b>80</b>
2.2.1	Studie 1 (Qualitative Interviews)	80
2.2.1.1	<i>Soziodemografischer Fragebogen</i>	80
2.2.1.2	<i>Fragebogen zum Gesundheitszustand</i>	80
2.2.1.3	<i>Interview zu subjektiven Vorstellungen zur Lebensqualität</i>	81
2.2.1.4	<i>Mini-Mental Status Test, MMST</i>	81
2.2.2	Studie 2 (Pilotuntersuchung mit dem FLQM)	82
2.2.2.1	<i>Soziodemografischer Fragebogen</i>	83
2.2.2.2	<i>Fragebogen zum Gesundheitszustand</i>	83
2.2.2.3	<i>Frage zur globalen Lebenszufriedenheit</i>	83
2.2.2.4	<i>Fragebogen zur Lebensqualität multimorbider älterer Menschen, FLQM</i>	84
2.2.2.5	<i>Begleitender Meta-Fragebogen zum FLQM</i>	85
2.2.2.6	<i>Positive And Negative Affect Schedule, PANAS</i>	86
2.2.2.7	<i>Philadelphia Geriatric Centre Morale Scale, PGCMS</i>	86
2.2.2.8	<i>Fragebogen zum allgemeinen Gesundheitszustand Short Form 36, SF-36</i>	87

2.2.2.9	<i>Mini-Mental-Status-Test, MMST</i>	87
<b>2.3</b>	<b>Auswertung</b>	<b>88</b>
2.3.1	Studie 1 (Qualitative Interviews)	88
2.3.1.1	<i>Charakteristika der Stichprobe</i>	88
2.3.1.2	<i>Auswertung der Interviewdaten – Induktive Kategorienbildung</i>	88
2.3.1.3	<i>Erstellen der Anregungsliste</i>	90
2.3.2	Studie 2 (Pilotuntersuchung mit dem FLQM)	91
2.3.2.1	<i>Charakteristika der Studienstichprobe</i>	91
2.3.2.2	<i>Charakteristika des FLQM</i>	91
2.3.2.3	<i>Charakteristika der übrigen Fragebögen (ALZ, PANAS, PGCMS, SF-36)</i>	91
2.3.2.4	<i>Explorative Validierung des FLQM – externe und interne Validität</i>	91
2.3.2.5	<i>Inhaltsvalidität des FLQM und querschnittliche Unterschiede subjektiver Konstruktionen von Lebensqualität</i>	92
2.3.2.6	<i>Reproduzierbarkeit der Ergebnisse: Explorativer Längsschnitt</i>	94
2.3.3	Umgang mit fehlenden Werten	94
<b>III</b>	<b>ERGEBNISSE</b>	<b>95</b>
<b>3.1</b>	<b>Stichprobenkennwerte und deskriptive Merkmale</b>	<b>95</b>
3.1.1	Studie 1 (Qualitative Interviews): Stichprobenkennwerte und deskriptive Merkmale	95
3.1.2	Studie 2 (Pilotuntersuchung mit dem FLQM): Stichprobenkennwerte und deskriptive Merkmale	96
<b>3.2</b>	<b>Studie 1: Qualitative Interviews</b>	<b>97</b>
3.2.1	Induktive Kategorienbildung	97
3.2.2	Erstellen der Anregungsliste für den FLQM	98
<b>3.3</b>	<b>Studie 2: Pilotuntersuchung mit dem FLQM</b>	<b>100</b>
3.3.1	FLQM: Deskriptive Merkmale und Zusammenhänge mit soziodemografischen Variablen	100
3.3.2	Charakteristika der Fragebögen zur Validierung (ALZ, PANAS, PGCMS, SF 36)	102
3.3.2.1	<i>Allgemeine Lebenszufriedenheit (ALZ)</i>	103
3.3.2.2	<i>Positiver und negativer Affekt (PANAS)</i>	103

3.3.2.3	<i>Allgemeines subjektives Wohlbefinden (PGCMS)</i>	103
3.3.2.4	<i>Allgemeiner Gesundheitszustand (SF-36)</i>	104
3.3.3	Vorabschätzung der Validität des FLQM anhand der Pilotstichprobe	107
3.3.4	Inhaltsvalidität und Exploration querschnittlicher Unterschiede subjektiver Konstruktionen von Lebensqualität im Alter	111
3.3.4.1	<i>Deduktives Kategoriensystem: Lebensbereiche in der FLQM-Pilotstudie</i>	111
3.3.4.2	<i>Lebensbereiche in der FLQM-Pilotstudie: Geschlechterunterschiede</i>	114
3.3.4.3	<i>Lebensbereiche in der FLQM-Pilotstudie: Altersunterschiede</i>	116
3.3.4.4	<i>Lebensbereiche in der FLQM-Pilotstudie: Bildungsunterschiede</i>	118
3.3.4.5	<i>Unabhängigkeit der genannten Lebensbereiche von der Anregungsliste</i>	120
3.3.5	Verständlichkeit und Durchführbarkeit: Begleitender Meta-Fragebogen zum FLQM	123
<b>3.4</b>	<b>Explorativer Längsschnitt</b>	<b>127</b>
<b>IV</b>	<b>DISKUSSION DER ERGEBNISSE</b>	<b>129</b>
<b>4.1</b>	<b>Konstruktvalidität des FLQM</b>	<b>129</b>
<b>4.2</b>	<b>Methodologische Gesichtspunkte</b>	<b>136</b>
<b>4.3</b>	<b>Verständlichkeit und Durchführbarkeit</b>	<b>139</b>
<b>4.4</b>	<b>Reliabilität und Objektivität</b>	<b>144</b>
<b>4.5</b>	<b>Inhaltsvalidität und querschnittliche Unterschiede subjektiver Konstruktionen von Lebensqualität im Alter</b>	<b>146</b>
<b>4.6</b>	<b>Methodische Einschränkungen und Grenzen der Interpretierbarkeit</b>	<b>150</b>
<b>4.7</b>	<b>Zusammenfassung und abschließende Bewertung</b>	<b>153</b>
<b>V</b>	<b>LITERATURVERZEICHNIS</b>	<b>157</b>
<b>Anhänge</b>		<b>179</b>

---

## DANKSAGUNG

Diese Arbeit ist in ihrer jetzigen Form mit der Unterstützung zahlreicher Freunde, Kollegen und Mentoren entstanden. Zuerst möchte ich meinen beiden Betreuern und Gutachtern, Herrn Prof. Peter Martus und Herrn Prof. Tesch-Römer danken: Stets fanden beide die Zeit, mich mit Rat und Hilfe bei der Umsetzung des Forschungsprojektes zu unterstützen und so die Arbeit zu einem guten Abschluss zu bringen. Ich freue mich auf weitere Jahre guter Zusammenarbeit im Rahmen des AMA-Verbundes.

Ich hatte das große Privileg, die Dissertation im Rahmen des interdisziplinären Graduiertenkollegs Multimorbidität im Alter und ausgewählte Pflegeprobleme (GradMAP) anfertigen zu können. Hier möchte ich vor allen Dingen Frau Prof. Adelheid Kuhlmei herzlich für ihre fachliche und emotionale Unterstützung danken, die weit über ihre Verpflichtungen als Leiterin des GradMAP hinausging. Auch Herrn Prof. Brennecke hat mit konstruktiver Kritik, vor allem zu Beginn des Forschungsvorhabens, wesentlich zu dessen Gelingen beigetragen. Ohne die großzügige finanzielle Zuwendung der Robert Bosch Stiftung hätte es dieses Graduiertenkolleg nicht gegeben, doch auch fachlich haben Vertreterinnen und Vertreter der RBS immer wieder zur Umsetzung der Arbeit beigetragen. Für beides danke ich der Stiftung sehr.

Der Austausch mit meinen Kolleginnen und Kollegen im GradMAP hat mich nicht nur inhaltlich inspiriert und zum fächerübergreifenden Denken animiert, sondern auch ganz entschieden zu meiner Lebensqualität in den vergangenen drei Jahren beigetragen. Besonders möchte ich Anne Ahnis, Thomas Fischer, Katja Boguth, Katja Kummer, Silke Mathes, Delia Struppek, Ulrike Bornschlegel und Stefan Blüher danken – sowohl für gute Anregungen, als auch für den Kaffee.

Anne Samusch hat mir große Dienste bei der eher undankbaren Transkription der Interviewdaten geleistet, Uta Klusmann sei gedankt für die Hilfe bei der Kategorisierung dieser Daten.

Ohne die Liebe und Zuwendung meiner Frau und unseres Sohnes wären die letzten Jahre leer gewesen. Danke für alles.



Abbildung 1 <i>Bereiche der Lebensqualität nach Lawton</i>	27
Abbildung 2 <i>Modell der Bereichszufriedenheiten und der allgemeinen Lebenszufriedenheit nach Campbell et al.</i>	39
Abbildung 3 <i>Urteilsmodell des subjektiven Wohlbefindens nach Schwarz &amp; Strack</i>	41
Abbildung 4 <i>Theoretische Struktur des FLQM</i>	70
Abbildung 5 <i>Empirischen Werteverteilung des FLQM</i>	101
Abbildung 6 <i>Anzahl individuell genannter Lebensbereiche</i>	101
Abbildung 7 <i>Allgemeine Lebenszufriedenheit</i>	103
Abbildung 8 <i>Positiver Affekt (PANAS)</i>	104
Abbildung 9 <i>Negativer Affekt (PANAS)</i>	104
Abbildung 10 <i>Allgemeines subjektives Wohlbefinden (PGCMS)</i>	104
Abbildung 11 <i>Körperliche Summenskala des SF-36</i>	105
Abbildung 12 <i>Psychische Summenskala des SF-36</i>	105
Abbildungen 13a bis 13h <i>Subskalen SF-36</i>	106
Abbildungen 13a <i>Körperliche Funktion</i>	
Abbildungen 13b <i>Rollenfunktion körperlich</i>	
Abbildungen 13c <i>Schmerz</i>	
Abbildungen 13d <i>Gesundheitswahrnehmung</i>	
Abbildungen 13e <i>Vitalität</i>	
Abbildungen 13f <i>Soziale Funktion</i>	
Abbildungen 13g <i>Rollenfunktion emotional</i>	
Abbildungen 13h <i>Psychisches Wohlbefinden</i>	
Abbildung 14 <i>Zusammenhang zwischen FLQM-Score und Alter</i>	109
Abbildung 15 <i>Zusammenhang zwischen Anzahl der genannten Bereiche und Alter</i>	110
Abbildung 16 <i>Altersgruppenunterschiede hinsichtlich Anzahl der genannten Bereiche</i>	110
Abbildung 17 <i>Häufigkeitsverteilung der Bereichsnennungen in der Gesamtstichprobe</i>	113
Abbildung 18 <i>Geschlechtsspezifische relative Häufigkeiten der Bereichsnennungen</i>	116
Abbildung 19 <i>Altersgruppenspezifische relative Häufigkeiten der Bereichsnennungen</i>	118
Abbildung 20 <i>Bildungsspezifische relative Häufigkeiten der Bereichsnennungen</i>	120
Abbildung 21 <i>Anzahl der Übereinstimmungen mit der Anregungsliste</i>	121
Abbildung 22 <i>Quotient aus Übereinstimmungen und Gesamtzahl der Nennungen</i>	121

Abbildungen 23a bis 23c <i>Quotienten aus Übereinstimmungen mit der Anregungsliste und Gesamtzahl der Nennungen für Altersgruppen, Geschlechter und Bildung</i>	122
Abbildungen 23a <i>Altersgruppe</i>	
Abbildungen 23b <i>Geschlecht</i>	
Abbildungen 23c <i>Bildungsstand</i>	
Abbildung 24 <i>Häufigkeitsverteilungen des begleitenden Meta-Fragebogens</i>	124

Tabelle 1 <i>Altersspezifische Prävalenzraten von Multimorbidität nach Altersklassen und Geschlecht</i>	11
Tabelle 2 <i>Prävalenzraten mittel- bis schwergradiger Erkrankungen über 70jähriger</i>	11
Tabelle 3 <i>Vier Lebensqualitäten nach Veenhoven</i>	29
Tabelle 4 <i>Studien zu subjektiven Vorstellungen älterer Menschen hinsichtlich Lebensqualität und Wohlbefinden</i>	54-61
Tabelle 5 <i>Soziodemografische Merkmale und MMST (Studie 1)</i>	95
Tabelle 6 <i>Teilnehmerkontakte und tatsächliche Einschlüsse (Studie 2)</i>	96
Tabelle 7 <i>Soziodemografische Merkmale (Studie 2)</i>	97
Tabelle 8 <i>Kategorien subjektiver Lebensqualität und Häufigkeit der Nennung (Studie 1)</i>	98
Tabelle 9 <i>Beispielbereiche innerhalb des FLQM: Inhalte und Formulierungen</i>	99
Tabelle 10 <i>Kennwerte der empirischen Werteverteilung des FLQM</i>	100
Tabelle 11 <i>Deskriptive Kennwerte von ALZ, PANAS, PGCMS und SF-36</i>	102
Tabelle 12 <i>Korrelationsmatrix zur Validitätsabschätzung des FLQM</i>	108
Tabelle 13 <i>FLQM-Gesamtscore nach Subgruppen</i>	109
Tabelle 14 <i>Anzahl der Lebensbereiche nach Subgruppen</i>	111
Tabelle 15 <i>Vorläufiges (nicht reduziertes) Kategoriensystem aus Studie 2 (absteigend)</i>	112
Tabelle 16 <i>Endgültiges (reduziertes) Kategoriensystem aus Studie 2 (absteigend)</i>	113
Tabelle 17 <i>Rangfolge und relative Häufigkeit der Bereichsnennungen nach Geschlecht</i>	115
Tabelle 18 <i>Rangfolge und relative Häufigkeit der Bereichsnennungen nach Altersgruppe</i>	117
Tabelle 19 <i>Rangfolge und relative Häufigkeit der Bereichsnennungen nach Bildungsstand</i>	119
Tabelle 16 <i>Verteilungsmerkmale des Verhältnisses von Übereinstimmungen mit der Anregungsliste und Gesamtzahl der individuellen Nennungen nach Subgruppe</i>	122
Tabelle 21 <i>Begleitender Meta-Fragebogen: Soziodemografische Merkmale der Teilstichprobe</i>	123
Tabelle 22 <i>Begleitender Meta-Fragebogen: Kommentare der Studienteilnehmer</i>	126
Tabelle 23 <i>Von Teilnehmern berichtete bedeutsame Ereignisse seit t1</i>	128

*Psychologists today should be concerned  
not with evaluating tests as if tests were fixed and definitive,  
but rather with developing better tests.*  
(Campbell & Fiske, 1959, S. 103)

## **I THEORETISCHER HINTERGRUND**

### **1.1 Einleitung**

Innerhalb Europas ist Deutschland heute eines der vier Länder mit der ältesten Bevölkerung und wird weltweit lediglich von Japan übertroffen (United Nations, 2003). Der viel zitierte demografische Wandel, mit dem die westliche Welt innerhalb der nächsten Dekaden konfrontiert sein wird, spiegelt sich im Erstarren von Gerontologie und Geriatrie. Es besteht jedoch nach wie vor in vielen Bereichen, unter anderem der Methodenentwicklung, erheblicher Handlungsbedarf (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2002). Konsequenz daraus sollte im gesundheitswissenschaftlichen Kontext die Bemühung um Messinstrumente sein, die in der Lage sind, in psychometrisch und theoretisch fundierter Art und Weise spezifische, für geriatrische Versorgungs- und Therapiesettings oder die Beschreibung geriatrischer Populationen bedeutsame Gegenstandsbereiche abzubilden.

Eine Sonderstellung innerhalb der älteren Bevölkerung nehmen gesundheitlich sehr stark beeinträchtigte Menschen ein. Multimorbidität, das gleichzeitige Bestehen mehrerer Erkrankungen bei einer Person, ist bei älteren Menschen weit verbreitet: Es wird geschätzt, dass mindestens 30 % der Personen über 70 Jahren an wenigstens fünf behandlungsbedürftigen Erkrankungen leiden (BMFSFJ, 2002; vgl. Robert Koch-Institut, 2003). Des Weiteren gehören Chronizität von Erkrankungen, schwerwiegende Krankheitsfolgen (im Sinne von Störungen der Mobilität, der Aktivitäten des täglichen Lebens, der Kommunikation und Problemen bei der Krankheitsbewältigung) sowie eine enge Verflechtung von medizinischen mit sozialen Problemen zu den typischen Charakteristika geriatrischer Patienten (Böhmer, 2003; Steinhagen-Thiessen, Gerok & Borchelt, 1992). Angesichts der steigenden Zahl alter Menschen in Deutschland und in den westlichen Industrienationen insgesamt stehen insbesondere Beschäftigte in pflegerischen und therapeutischen Berufen vor zunehmenden Herausforderungen (vgl. Tesch-Römer, 2002; United Nations, 2004). Das Konstrukt „Lebensqualität“ stellt einen häufig genutzten Indikator für die Beurteilung von Therapie- und Rehabilitationserfolg einerseits sowie die Evaluation der Gesamtsituation älterer Menschen andererseits dar.

Die Suche nach den Kennzeichen eines guten Lebens im Alter nimmt mittlerweile breiten Raum in der gerontologischen Forschung ein. Das Erleben von Zufriedenheit und Wohlbefinden wird als dabei häufig als Schlüsselindikator für eine hohe Lebensqualität angesehen (Baltes & Baltes, 1990a; Veenhoven, 2000). Die Bestimmung derjenigen Aspekte menschlichen Lebens, die dieses als ein „gutes Leben“ qualifizieren, ist in hohem Maße abhängig davon, was als „Normalität“ in der je betrachteten Lebensphase angesehen wird (vgl. Baltes & Baltes, 1990b). Das subjektive Erleben des Alterungsprozesses geht mit kognitiv-emotionalen Anpassungsprozessen einher: In Folge einer Veränderung der Möglichkeiten von Zielerreichung durch zunehmende Einschränkungen und Belastungen sowie eine allgemeine Verminderung von Ressourcen wird eine Rekalibrierung des individuellen Ziel- und Wertesystems zum Erhalt der Zufriedenheit notwendig. Von verschiedenen Seiten werden Prozesse subjektiver, idiografischer Konstruktion sozialer und physischer Faktoren beschrieben, die heterogene, subjektive „Wirklichkeiten“ hervorbringen, innerhalb derer das Subjekt agiert (vgl. Derry, 1992; Kelly, 1955/1991; Schmidt, 2003). Im Gesundheitskontext sind es beispielsweise subjektive Krankheits- und Gesundheitstheorien, die nicht nur einen großen Einfluss auf das konkrete Verhalten (z. B. Therapie-Compliance) angesichts einer bestimmten Krankheitssituation haben, sondern auch maßgeblich für die wahrgenommene Lebensqualität und Zufriedenheit sein können (Bengel & Belz-Merk, 1997; Philipp & Aymanns, 1997). Speziell für ältere Menschen sind subjektive Vorstellungen zum Alter und Alterungsprozess bzw. daraus abgeleitete subjektive Altersnormen von Bedeutung für die Einschätzung der individuellen Lebenssituation (Heckhausen, Dixon & Baltes, 1989; Steverink & Timmer, 2001). Vorstellungen von Lebensqualität sind damit wesentlich determiniert von sozial-kulturellen Traditionen und Wertvorstellungen einerseits und Erkenntnissen zum biologisch-physiologischen Entwicklungsverlauf mit seinen Potentialen und Grenzen andererseits (Baltes, 1997; Gerok & Brandtstädter, 1992; Mayer, Baltes, Gerok, Häfner, Helmchen, Kruse et al., 1992). Dies gilt sowohl bei der Betrachtung von subjektiven, individuellen Vorstellungen von Lebensqualität als auch – vermutlich umso mehr – wenn objektive, normative Kriterien gefunden werden sollen. Gleich, welche Betrachtungsweise: In unterschiedlichen Teilpopulationen mit differentiellen soziodemografischen und physiologischen Profilen werden unterschiedliche Maßstäbe des guten und erfolgreichen Lebens und Alterns vorherrschen.

Nicht nur die große Zahl multimorbider alter Menschen rechtfertigt eine genauere Beschäftigung mit Multimorbidität, ihren Korrelaten und Epiphänomenen. Auf der individuellen Ebene sprechen das oftmals hohe Maß an funktionellen Einbußen sowie die daraus resultierenden subjektiven und objektiven Beeinträchtigungen in der Lebensführung für die intensive Beschäftigung mit dieser Patientengruppe. Multimorbidität ist ein Krankheitsphänomen, welches auf vielen Ebenen des Lebens Anpassungsleistungen und Kompensationsstrategien herausfordert. Obwohl eine solche Konstellation von Erkrankungen auf Grund ihrer vielfältigen Manifestationen von den Betroffenen sehr unterschiedlich erlebt und bewältigt wird, scheint ihr Einfluss auf die Lebensqualität groß zu sein. Im Rahmen dieser Forschungsarbeit werden aus der individuellen Perspektive von Menschen in dieser scheinbar stark benachteiligten Bevölkerungsgruppe Quellen der Lebensqualität ausgemacht und ein Instrument entwickelt, das ein differenziertes Bild der Ausprägungen subjektiv erlebter Lebensqualität zu zeichnen vermag.

Die Heterogenität der Lebenssituationen und Symptommuster in der Gruppe der multimorbiden älteren Menschen erfordert ein heterogenes Messinstrument, das in der Lage ist, die große Variationsbreite individueller Konstruktionen von Lebensqualität adäquat abzubilden. Der in dieser Arbeit entwickelte Fragebogen zur Lebensqualität multimorbider älterer Menschen (FLQM) stellt ein solches Messinstrument dar: Er ermöglicht die individuumsspezifische Rekonstruktion subjektiver Vorstellungen davon, was „Lebensqualität“ bedeutet und bietet so einerseits einen psychometrisch fundierten Ansatz zur Evaluation der wahrgenommenen Lebensqualität und andererseits Ansatzpunkte zur patientenzentrierten Versorgungsplanung und –optimierung.

Diese Arbeit ist im Kontext eines multidisziplinären Graduiertenkollegs in engem Austausch mit Pflegewissenschaftlern und potenziellen Anwendern entstanden, mit dem Anspruch praktischer Verwertbarkeit und Anwendbarkeit. Die Argumentation erfolgt daher verstärkt aus einer gerontologischen (und nicht rein psychologischen) Perspektive und orientiert sich auch an den praktischen Bedarfen und Herausforderungen des Versorgungsalltags.

## 1.2 Alter(n) und Krankheit

### 1.2.1 Heterogenität im Alter: Junge Alte und alte Alte

Die Kriterien zur Beantwortung der scheinbar so einfachen Frage, wann ein Mensch als „alt“ zu bezeichnen ist, sind umstritten (Wahl & Rott, 2002). Häufig wird in Anlehnung an das arbeitsrechtlich vorgesehene Rentenalter der Teil der Bevölkerung als „alt“ bezeichnet, der das 65. Lebensjahr überschritten hat. Dieses Kriterium verwässert jedoch in zunehmendem Maße, da der tatsächliche Eintritt ins Rentenalter sich seit Jahren in den Industrienationen immer weiter zur Lebensmitte hin verlagert. Aus demographischer Perspektive wäre eine sinnvolle Zäsur bei 50 % Mortalität einer Kohorte möglich. Diese liegt momentan in Deutschland für Frauen bei 84 Jahren, für Männer bei 78 Jahren (Statistisches Bundesamt, 2004). Damit würde die Schwelle vergleichsweise hoch angesetzt und erscheint eher bei der weiteren Differenzierung der Alten in „junge und alte Alte“ nutzbringend (vgl. Neugarten, 1979). Ein ebenfalls statistisch bedeutsames Kriterium, welches sowohl ökonomischen als auch medizinischen Aspekten Rechnung trägt, ist der Anteil der Pflegebedürftigen in der Bevölkerung. Ein exponentieller Anstieg der im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes Pflegebedürftigen lässt sich ab dem 65. Lebensjahr beobachten (Pick, Brüggemann, Grote, Grünhagen & Lampert, 2004).

Bernice Neugarten war eine der ersten, die eine weitere Unterscheidung zwischen *young-old* und *old-old* propagierte (Neugarten, 1979). Waren ihre Überlegungen noch vornehmlich soziologisch begründet, hat sich in den letzten Jahren gerontologischer und gerontopsychologischer Forschungsaktivität herauskristallisiert, dass eine solche Differenzierung des großen und phylogenetisch sehr jungen Entwicklungsabschnitts Alter sich auch empirisch begründen lässt (vgl. Baltes & Smith, 2003). Angesichts einer vielfach belegten großen Heterogenität im Alter, sowohl was die kognitive Leistungsfähigkeit (vgl. Reischies & Lindenberger, 1996; Schaie, 1996) als auch die physische (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2002; Zank, Wilms & Baltes, 1997) und die psychische Gesundheit (vgl. Häfner, 1992; Helmchen, Baltes, Geiselman, Kanowski, Linden, Reischies et al., 1996) anbelangt, hat sich vielfach eine differenziertere Terminologie durchgesetzt. In Anlehnung an Neugarten werden häufig die „jungen Alten“, die älter als 65 Jahre sind, den „alten Alten“ oder „Hochbetagten“, welche 80 Jahre oder länger gelebt haben, gegenübergestellt (Wahl & Rott, 2002). Die relativ kleine, doch stark wachsende Gruppe der über 100jährigen wird gelegentlich darüber hinaus als „Langlebige“ oder „centenarians“ bezeichnet. Selbstverständlich ist die Setzung

einer „Grenzmarke“ um das 80. Lebensjahr herum mehr oder weniger willkürlich; viele ältere Menschen weisen deutlich positivere Profile auf, als landläufige, meist stark negativ getönte Altersbilder sie zeichnen (vgl. Heckhausen et al., 1989). Jenseits des 80. Lebensjahres häufen sich jedoch negative biopsychosoziale Funktionsprofile, so dass die Aufrechterhaltung eines unabhängigen, produktiven und erfüllenden Lebensstils zunehmend schwieriger wird (Smith & Baltes, 1997; Wahl & Rott, 2002). Zahlreiche Befunde deuten auf dieses Alter als eine Art selektive Schwelle hin (vgl. Baltes, 1998; Kruse & Schmitt, 2002; Smith, 2003; Smith & Baltes, 1997; Smith, Borchelt, Maier & Jopp, 2002; Wahl & Rott, 2002): Der Anteil der Demenzerkrankungen entwickelt sich über das Alter exponentiell, mit einem dramatischen Anstieg dieser Krankheitsformen ab dem 80. Lebensjahr bis auf über 40 % bei den über 90jährigen (Fischer, Junius-Walker, Aeffner, Doering, Karst, Riesberg et al., 2002; Häfner, 1992). Die sensorischen Fähigkeiten nehmen jenseits des 80. Lebensjahres stark ab (Marsiske, Delius, Maas, Scherer & Tesch-Römer, 1996; Schieber, 2006); ähnlich ungünstig entwickeln sich häufig die sozialen Beziehungen, besonders bei Heimbewohnern (Ferring & Filipp, 1999; Kruse & Wahl, 1999; Wagner, Schütze & Lang, 1996).

Diese Tendenzen dürfen jedoch nicht als vollkommene Homogenisierung der Bevölkerung im hohen Alter missverstanden werden. Trotz eines ähnlich starken Abbaus der Funktionsfähigkeit, beispielsweise im kognitiven Bereich oder der Alltagskompetenz, bleibt auch im hohen Alter eine beachtliche Streubreite aufgrund sehr unterschiedlicher Ausgangspunkte der Entwicklung bestehen (Baltes, Maas, Wilms & Borchelt, 1996; Lehr & Thomae, 1987; Reischies & Lindenberger, 1996). Unterschiedlich günstige Risikoprofile, Veranlagungen und Opportunitätsstrukturen resultieren dennoch auch im hohen Alter in einem hohen Maß an interindividueller Variabilität von Leistungsfähigkeit und Gesundheit - dies diskreditiert das chronologische Alter als alleiniges Prognosekriterium individueller Entwicklung alter Menschen (Maddox, 1987; McClearn, 1997; Perls, 1995). Unter anderem wird zunehmend das subjektive Alterserleben (*subjective age*) als Indikator für physische und psychische Gesundheit Älterer diskutiert (Montepare & Clements, 2001; Settersten & Mayer, 1997; Steverink & Timmer, 2001).



### 1.2.2 Normale altersbedingte Veränderungen des menschlichen Organismus

Weder ist das Alter(n) an sich eine Krankheit, noch geht Alter zwangsläufig mit Krankheit einher. Beide Prozesse sind zwar eng miteinander verknüpft, müssen aber nichtsdestoweniger klar unterschieden werden (Hayflick, 1998; Whitbourne, 1996). Es steht unzweifelhaft fest, dass mit dem Alter das Risiko bestimmter Erkrankungen und Funktionseinschränkungen wächst. Viele Organsysteme zeigen normale, altersbedingte Veränderungen (Anschütz, 1991; Ding-Greiner & Lang, 2004; vgl. Kage, Nitschke, Fimmel & Köttgen, 1996). Dieser Alterungsprozess verläuft jedoch auf der Ebene einzelner organischer Subsysteme eines Menschen sowohl *intra-* als auch *interindividuell* in unterschiedlichem Tempo und Ausmaß. Da das „biologische Alter“ einzelner Organsysteme beträchtlich vom kalendarischen abweichen kann, ist das chronologische Alter als alleinige Grundlage für eine Bestimmung des Alterungsstadiums eines Organismus somit nicht ausreichend (Ding-Greiner & Lang, 2004). Dies schlägt sich unter anderem in der großen Variabilität gesundheits- und funktionsbezogener Variablen im Alter wieder (vgl. Gerok & Brandtstädter, 1995; Maddox, 1987; Steinhagen-Thiessen & Borchelt, 1996). Die Identifikation konkreter, valider Biomarker des Alters und Alterns stellt somit eine große Herausforderung dar (Kage et al., 1996; McClearn, 1997).

Normale altersbedingte Veränderungen betreffen u. a. das kardiovaskuläre System: Die Herzfrequenz nimmt mit dem Alter bei einer gleichzeitigen Erhöhung des Schlagvolumens ab, die maximale Belastbarkeit verringert sich deutlich, während die nötigen Erholungsphasen länger werden. Zudem steigt die Gefahr von Herz-Kreislauf- und Gefäßerkrankungen, ein Risiko, das jedoch maßgeblich von Faktoren der Lebensführung beeinflusst wird (vgl. Becker, 1997; Schwarzer, 1997; Whitbourne, 1996; Zank et al., 1997). Auch Körperbau und Mobilität sind altersbedingten Veränderungen unterworfen: Während Knochenmineralgehalt und Gesamtmenge der Knochenmasse abnehmen, verringern sich Ausmaß und Ausdauer von Muskelkontraktionen aufgrund von Veränderungen in der Aktivität von Muskelstoffwechsellzymen. Zudem nimmt die Beweglichkeit der Gelenke ab. Im Verbund begünstigen diese Faktoren Stürze und Frakturen (vgl. Moreland, Richardson, Goldsmith & Clase, 2004; Pendergast, Fisher & Calkins, 1993). Eine weitere wichtige alterskorrelierte Veränderung ist die zunehmende Beeinträchtigung aller sensorischen Systeme, am deutlichsten bemerkbar bei Sehkraft, Hörvermögen und Gleichgewichtssinn. Diese kann starke Auswirkungen auf Alltagsaktivitäten und soziale Interaktionen nach sich ziehen und führt möglicherweise zu

einer vermehrten Abhängigkeit (Schieber, 2006; Wahl & Tesch-Römer, 2001). Insbesondere Beeinträchtigungen des Gleichgewichtssinns erhöhen neben sensorischen Beeinträchtigungen das Sturz- und Verletzungsrisiko alter Menschen erheblich (Woollacott, 1993).

Ebenso wie es altersbedingte Veränderungen und Risiken gibt, zeigt sich aber auch, dass in fast allen Lebensbereichen Potenziale und Ressourcen alter Menschen vorhanden sind (Böhmer, 2003; Gerok & Brandtstädter, 1995; Whitbourne, 1996). Ihre Förderung und Begünstigung ist ein Baustein „erfolgreichen“ Alterns, im Sinne des Erhalts von Selbstbestimmung, Unabhängigkeit und funktioneller Gesundheit im Alter (vgl. Lindenberger, 2000; Wahl & Tesch-Römer, 1998). Viele der altersbedingten physiologischen Veränderungen und Beeinträchtigungen lassen sich durch gezielte Interventionen kompensieren. Im günstigsten Fall werden diese schon in jüngeren Jahren präventiv eingeleitet, beispielsweise durch gezieltes Gesundheitsverhalten. Ernährung, Verzicht auf Tabak- und Alkoholkonsum sowie körperliche Aktivität spielen hier eine große Rolle, besonders in Bezug auf muskuloskeletale und kardiovaskuläre Risiken bzw. Erkrankungen (Schwarzer, 1997; Whitbourne, 1996). Selbst im höheren Alter können gezielte Präventionsmaßnahmen noch erfolgreich sein (Rowe, 1999).

### 1.2.3 Subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit und objektiver Gesundheitsstatus

Von wenigen unentdeckten Erkrankungen abgesehen, sollten Menschen das Ausmaß ihrer Krankheit bzw. Gesundheit gut einschätzen können. Die Annahme scheint also gerechtfertigt, dass sich die subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit und der objektive Gesundheitszustand weitgehend decken. Die Zusammenhänge stellen sich empirisch jedoch weitaus komplexer dar. Vereinfachend lassen sich zwei Dinge vorausschicken: Erstens überschätzen Menschen im Allgemeinen ihren Gesundheitszustand. Zweitens verstärkt sich diese Tendenz mit zunehmendem Alter bei gleichzeitig im Schnitt abnehmendem objektivem Gesundheitsstatus. Diese Beobachtungen bedürfen der Erklärung und genauerer Betrachtung der beteiligten Größen.

Man kann grob zwischen drei Ebenen der körperlichen Gesundheit unterscheiden (vgl. Pinguart, 2001):

1. *Objektiver Gesundheitsstatus*. Objektive Gesundheit kann unterschiedlich operationalisiert werden, da es keinen verbindlichen Marker für die allgemeine Gesundheits- oder Krankheitsausprägung einer Person gibt. Das Adjektiv „objektiv“ legt

jedoch nahe, dass es sich hierbei um beobachterunabhängig feststellbare Tatbestände handeln soll, die von Laborparametern des Blutes oder Urins, über Dauer und Häufigkeit der Inanspruchnahme von medizinischen Versorgungsleistungen bis hin zu ärztlichen Diagnosen reichen können (vgl. Pinguart, 2001; Steinhagen-Thiessen & Borchelt, 1996). Der objektive Gesundheitsstatus soll Auskunft über den tatsächlichen Zustand des Organismus geben.

2. *Funktionelle Kapazität.* Hierunter sind alle Aspekte der körperlichen Gesundheit zu fassen, die im weitesten Sinne Exekutivfunktionen und Sinnesmodalitäten eines Menschen betreffen. Es handelt sich dabei nicht um Krankheiten, sondern einerseits um Krankheitsfolgen und andererseits um normale alterskorrelierte Abbauprozesse (vgl. Borchelt, Gilberg, Horgas & Geiselman, 1996; Stuck, Walthert, Nikolaus, Bula, Hohmann & Beck, 1999). Indikatoren der funktionellen Kapazität sind beispielsweise die maximale Handkraft, maximale Gehstrecke, Gleichgewicht, Standsicherheit, Muskeltonus, auditive und visuelle Fähigkeiten sowie Skalen zu den Aktivitäten des täglichen Lebens (z. B. ADL: Katz, Ford, Moskowitz, Jackson & Jaffe, 1963; IADL: Lawton & Brody, 1969). Im Allgemeinen „leidet“ ein Patient insbesondere an den Einschränkungen der funktionellen Gesundheit, die eine gegebene Krankheit mit sich bringt (Bowling, 1996; Kruse, 1992a).

3. *Subjektive Gesundheit.* Hierunter ist die subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes durch den Patienten zu verstehen. Häufig wird die subjektive Gesundheit global erhoben: „*Wie schätzen Sie Ihre eigene Gesundheit im Augenblick ein?*“. Selbstverständlich können jedoch auch einzelne Aspekte des Gesundheitserlebens erfragt werden – dies geschieht in der Medizin häufig unter der Bezeichnung „Lebensqualität“ oder „gesundheitsbezogene Lebensqualität“ (vgl. Brenner, 1995; Leplege & Hunt, 1997; Ravens-Sieberer & Cieza, 2000). Viele der theoretisch objektivierbaren Maße von Gesundheit werden als subjektive Berichte erhoben, z. B. Häufigkeit und Dauer von Krankenhausaufenthalten, Arztbesuche oder Medikation. Diese Berichte werden dennoch nur sehr selten zur subjektiven Gesundheitseinschätzung im engeren Sinne gerechnet, sondern dienen häufiger als Indikatoren des (objektiven) Gesundheitsstatus (vgl. Fortin, Lapointe, Hudon, Vanasse, Ntetu & Maltais, 2004).

Die Unterscheidung zwischen diesen drei Ebenen hat keineswegs rein akademischen Wert. Vielmehr fanden sich empirisch differentielle Zusammenhänge zwischen den Ausprägungen dieser Gesundheitsindikatoren (Borchelt et al., 1996;

Pinquart, 2001). Die meisten Untersuchungen weisen auf eine nur schwache Beziehung zwischen objektivem und subjektivem Gesundheitszustand hin. Es scheint, dass sich die subjektive Gesundheitseinschätzung über das Alter weniger ungünstig entwickelt, als das gleichzeitig steigende Morbiditätsrisiko vermuten ließe: Ältere Menschen schätzen ihren Gesundheitszustand trotz bestehender Risiken und Einschränkungen häufig unerwartet positiv ein (Borchelt et al., 1996; Grimby & Svanborg, 1997; Idler, 1993; Yi & Vaupel, 2002). Die subjektive Gesundheitseinschätzung scheint mit zunehmendem Alter somit weniger stark vom objektiven Gesundheitszustand abzuhängen als in jüngeren Jahren (vgl. Lehr, 1987; Zank et al., 1997). Die Stärke des Zusammenhangs variiert zudem in Abhängigkeit von den verwendeten Indikatoren und bewegt sich im Rahmen von 5% bis 30% gemeinsamer Varianz (Pinquart, 2001). Diese Beobachtungen sprechen dagegen, subjektive Gesundheit als direkte Reflektion des physischen Gesundheitsstatus zu sehen. Engere Beziehungen fanden sich jedoch zwischen subjektiver Gesundheit und Maßen des subjektiven Wohlbefindens (Lebenszufriedenheit, Angst, Depressivität) sowie *sense of coherence* (vgl. Schneider, Driesch, Kruse, Wachter, Nehen & Heuft, 2004).

Auf einer alltagsnahen Ebene haben beispielsweise LaRue, Bank, Jarvik und Hetland (1979) die Gesundheitseinschätzungen von Ärzten und Patienten verglichen. Dabei fanden sie zwar einen signifikanten Zusammenhang zwischen den beiden Maßen, jedoch tendierten die Mediziner grundsätzlich zu einer negativeren Einschätzung des Gesundheitszustandes als die Patienten selbst. Mellner und Lundberg (2003) verglichen die allgemeinen Gesundheitseinschätzungen von 369 Frauen und die entsprechenden Einschätzungen von Ärzten. Auch hier attestierten die Ärzte etwa 12% der Frauen einen schlechten Gesundheitszustand, jedoch lediglich 6% der Frauen sich selbst. In noch deutlicherem Maße zeigt sich dies in einigen Befunden der ‚Bonner gerontologischen Längsschnittstudie‘ (BOLSA): Etwa ein Drittel der Frauen und die Hälfte der befragten Männer schätzten ihre Gesundheit optimistischer ein, als ein Arzturteil erwarten ließ (Lehr, 1987).

Ein engerer Zusammenhang zeigt sich dagegen zwischen Maßen der funktionellen Kapazität und der objektiven Gesundheit (Borchelt et al., 1996; Nybo, Gaist, Jeune, McGue, Vaupel & Christensen, 2001; Yi & Vaupel, 2002). In dem Maße wie gesundheitliche Einschränkungen direkte körperliche Einschränkungen zur Folge haben, werden diese anscheinend stärker in die subjektive Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes einbezogen (vgl. Mellner & Lundberg, 2003; Reyes-Gibby, Aday &

Cleeland, 2002). Es gibt Hinweise darauf, dass mit zunehmendem Alter ADL- und IADL-Indikatoren, also die Fähigkeit zur unabhängigen Lebensführung, anstelle objektiver Kriterien zur Erklärung der Varianz in subjektiven Einschätzungen der eigenen Gesundheit herangezogen werden können (Borchelt et al., 1996).

Im folgenden Abschnitt werden subjektive und objektive Gesundheits-einschätzungen nochmals aufgegriffen und hinsichtlich der Prävalenzen einzelner Erkrankungen und multiplen Krankheitsgeschehens verglichen.

#### 1.2.4 Morbiditätsstrukturen im Alter

Zuverlässige, aktuelle epidemiologische Daten aus Deutschland zur Prävalenz von Erkrankungen im Alter sind rar (von Renteln Kruse, 2001). Es handelt sich dabei um ein generelles epidemiologisches Problem der Datengrundlage: Bei der Betrachtung von beispielsweise Krankenkassendaten tritt ein nicht unerheblicher Teil der tatsächlich vorhandenen Morbidität nicht zutage, da hier lediglich die ärztlich diagnostizierten Erkrankungen protokolliert sind (van den Akker, Buntinx, Roos & Knottnerus, 2001). Ähnliches gilt für Surveys und Feldstudien, bei denen Personen direkt nach ihren Erkrankungen befragt werden: Abgesehen von bewusster Verzerrung der Daten (z. B. durch Verschweigen von Krankheiten) werden auch hier nur diagnostizierte oder in ihren Symptomen spürbare Erkrankungen berichtet, nicht sämtliche tatsächlich vorliegenden (*underreporting*). Für eine exakte Bedarfsbestimmung sind repräsentative Untersuchungen der Allgemeinbevölkerung bezüglich *aller* Erkrankungen (im Gegensatz zu ausgewählten Gesundheitsbereichen) notwendig. Diese sind jedoch höchst aufwändig und werden entsprechend selten realisiert (Weyerer, 2000; vgl. Mayer & Baltes, 1996).

Das Robert Koch-Institut hat auf Grundlage des Bundesgesundheits surveys von 1998 alters- und geschlechtsgruppenspezifische Prävalenzschätzungen von Mehrfacherkrankungen in der BRD durchgeführt (Robert Koch-Institut, 2003). Demnach bestand bei 47,15 % der Männer und 62,5 % der Frauen von 60 bis 79 Jahren eine Jahresprävalenz von mindestens 3 unterschiedlichen Erkrankungen. Für Männer steigt die über eine Trendfunktion errechnete Prävalenzrate von mindestens zwei unabhängigen Krankheiten mit dem Alter kontinuierlich an, für Frauen liegt die maximale Prävalenz in der Altersgruppe der 75 bis 79 jährigen – danach fällt sie stark ab (vgl. Tabelle 1).

Die für die Westberliner Bevölkerung repräsentative Stichprobe der Berliner Altersstudie (BASE; Mayer & Baltes, 1996) erlaubt eine Abschätzung der

Morbiditätsstruktur städtischer deutscher Männer und Frauen von 65 Jahren und älter. Im Zuge der BASE wurden im Rahmen eines ausführlichen geriatrischen Assessments umfangreiche physiologische, neurologische und funktionelle Untersuchungen vorgenommen. Die daraus resultierenden Diagnosen wurden in einer Konsensuskonferenz beteiligter Geriater abgeklärt (für das genaue Vorgehen und die erhobenen Parameter vgl. Steinhagen-Thiessen & Borchelt, 1996 bzw. Mayer & Baltes, 1996). In Tabelle 2 sind die subjektiv berichteten und objektiv festgestellten Prävalenzen von mittel- bis schwergradigen Erkrankungen (nach ICD-9) dieser Bevölkerungsstichprobe dargestellt.

Tabelle 1 *Altersspezifische Prävalenzraten von Multimorbidität nach Altersklassen und Geschlecht*

<b>Altersgruppe</b>	<b>männlich</b>	<b>weiblich</b>	<b>gesamt</b>
60-64	60,55 %	75,44 %	68,16 %
65-69	65,83 %	79,39 %	73,05 %
70-74	70,40 %	81,22 %	76,87 %
75-79	74,09 %	80,20 %	78,20 %
80-84	76,76 %	75,46 %	75,83 %
85-90	78,24 %	66,08 %	69,12 %

Modifiziert nach Robert Koch-Institut, 2003, Tabelle 12, S. 38.

Tabelle 2 *Prävalenzraten mittel- bis schwergradiger Erkrankungen über 70jähriger*

<b>Diagnose</b>	<b>Prävalenz mittel- bis schwergradiger Erkrankungen</b>			
	<b>objektiv</b>	<b>Rang</b>	<b>subjektiv</b>	<b>Rang</b>
Fettstoffwechselstörung	36,9 %	1	-	-
Venenleiden	36,2 %	2	9,7 %	5
Zerebralarteriosklerose	15,2 %	8	6,1 %	7
Herzinsuffizienz	24,1 %	4	25,1 %	2
Osteoarthrose	31,6 %	3	32,1 %	1
Dorsopathien	20,6 %	5	20,4 %	3
Hypertonie	18,4 %	6	0,8 %	8
Harninkontinenz	7,6 %	9	6,8 %	6
Arterielle Verschlusskrankheiten	18,4 %	6	10,4 %	4
Mind. 1 Diagnose	96,0 %	-	71,3 %	-
5 und mehr Diagnosen	30,2 %	-	6,0 %	-

Modifiziert nach Steinhagen-Thiessen & Borchelt, 1996

Wie in Anbetracht der Ausführungen zu subjektivem und objektivem Gesundheitszustand zu erwarten, besteht eine große Diskrepanz (fast 24 Prozentpunkte) zwischen objektiv festgestellter und subjektiv berichteter Multimorbidität. Genauso finden sich in den meisten Fällen deutlich geringere Prävalenzangaben für die einzelnen Erkrankungen aus subjektiver gegenüber solchen aus objektiver Sicht. Ausnahmen bilden hier Harninkontinenz, Herzinsuffizienz, Osteoarthrosen und Rückenleiden. Im Zusammenhang damit fällt ebenfalls auf, dass die Rangfolge der subjektiv berichteten Morbiditäten sich von der objektiven Rangfolge der Häufigkeiten unterscheidet: Die beiden objektiv am häufigsten diagnostizierten mittel- bis schwergradigen Erkrankungen, Stoffwechselstörungen und Venenleiden, stehen subjektiv eher im Hintergrund bzw. werden nicht berichtet. Subjektiv treten vielmehr die Erkrankungen des Bewegungsapparates und Herzleiden in den Vordergrund. Dieser Umstand lässt sich unter anderem darauf zurückführen, dass letztgenannte Krankheitsbilder mit starken subjektiven Einschränkungen und Schmerzen verbunden sind, die das Krankheitserleben maßgeblich beeinflussen (Mellner & Lundberg, 2003; Reyes-Gibby et al., 2002).

Weyerer und Schäufele (Weyerer & Schäufele, 1999) haben Aufstellungen der versorgungsbegründenden Diagnosen von über 65jährigen Patienten von Mannheimer Sozialstationen sowie der häufigsten Erkrankungen von Bewohnern in 20 Mannheimer Alten- und Altenpflegeheimen veröffentlicht, welche die Angaben aus der Berliner Altersstudie in Bezug auf die pflegebedürftige Population ergänzen. Auch aus der Forschungsgruppe um Schneekloth gingen mehrere Studien zu Gesundheitssituation, Versorgungsbedarf und funktionalen Einschränkungen pflegebedürftiger älterer Menschen hervor (z. B. Schneekloth, 2006; Schneekloth & Wahl, 2005). Diese können ebenfalls als Ergänzungen zu den Daten über die ältere Allgemeinbevölkerung angesehen werden.

Multimorbidität wird als eines der besonderen Merkmale geriatrischer Patienten hervorgehoben (vgl. folgender Abschnitt). Mit dem Alter nimmt jedoch nicht nur die Anzahl der Diagnosen zu, sondern es entwickeln diese auch eine andere Qualität dahingehend, dass chronische Verläufe und progressive Erkrankungen im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen stark zunehmen (Böhmer, 2000; van den Akker, Buntinx, Metsemakers, Roos & Knottnerus, 1998; von Renteln Kruse, 2001). Darüber darf gleichzeitig nicht vergessen werden, dass Multimorbidität mehr bedeutet als eine Häufung von Krankheiten. Vielmehr hat dieses Phänomen Auswirkungen auf allen Ebenen des Lebens der Betroffenen (Borchelt et al., 1996; Kruse, 1992a, 1992b; Robert Koch-Institut,

2003). Eine ganzheitliche Betrachtung multimorbider alter Menschen bedeutet die Einbeziehung auch von psychosozialen und psychiatrischen Besonderheiten. Die enge Interdependenz von Ursachen und Konsequenzen der Multimorbidität erfordert einen interdisziplinären Perspektivenabgleich, der eine konstruktive Einschätzung der Situation Betroffener und die Konzeption wirkungsvoller Interventionsansätze ermöglichen kann (Franke & Schramm, 1993; Holzhausen, Bornschlegel & Mischker, 2006; Kruse, 1992a; van den Akker, Buntinx, Metsemakers, van der & Knottnerus, 2001).

### 1.2.5 Multimorbidität und Polypathie - Definitionsansätze und Abgrenzungen

Der Terminus „Multimorbidität“ bezeichnet technisch gesprochen mehrere nebeneinander bestehende signifikante Erkrankungen, die gleichwertige Hauptdiagnosen sind (Böhmer, 2000; Franke & Schramm, 1993; van den Akker, Buntinx & Knottnerus, 1996). Es besteht jedoch kein allgemeiner Konsens, ab welcher Anzahl tatsächlich von Multimorbidität gesprochen wird. Einige Untersuchungen bezeichnen bereits zwei gleichzeitig vorliegende Krankheiten als Multimorbidität (z. B. Menotti, Mulder, Nissinen, Giampaoli, Feskens & Kromhout, 2001; van den Akker et al., 1998; Robert Koch-Institut, 2003). Als im Gegensatz dazu eher hohes Kriterium, wie es beispielsweise in der Berliner Altersstudie (Mayer & Baltes, 1996) und dem vierten Altenbericht der Bundesregierung (BMFSFJ, 2002) Verwendung findet, mag gelten, fünf und mehr behandlungsbedürftige ärztliche Diagnosen als Multimorbidität zu bezeichnen. Eine einheitliche sprachliche Regelung besteht jedoch nicht, sehr zum Nachteil der Vergleichbarkeit unterschiedlicher Studien (Fortin et al., 2004).

Eine begriffliche Verwirrung wird in vielen Veröffentlichungen durch mangelnde Abgrenzung des Begriffs „Multimorbidität“ von verwandten Konstrukten gefördert. Beispielsweise bezeichnet der Begriff „Polypathie“ das gleichzeitige Vorhandensein von (ruhenden) Altersleiden und Gebrechen, die meist nur als Nebendiagnosen geführt werden (Böhmer, 2000; Ding-Greiner & Lang, 2004; Franke & Schramm, 1993). Dagegen verweist der Ausdruck „Komorbidität“ gemeinhin auf Nebendiagnosen bei einer oder mehreren Hauptdiagnosen, welche im Vordergrund stehen. In diesem Kontext ist zudem eine Unterscheidung zwischen kausal abhängigen Kombinationserkrankungen auf der einen und kausal unabhängigen Begleiterkrankungen auf der anderen Seite sinnvoll (Fortin et al., 2004; Schramm, 1988; Schramm, Franke & Chowanetz, 1982). Auch hier ist jedoch eine hohe Ambiguität der Begrifflichkeiten zu beklagen (van den Akker et al., 1996). Im



Alter nehmen gemeinhin die kausal abhängigen Erkrankungen zu, was sich in Form typischer Krankheitsketten manifestiert. Ein Leiden (wie beispielsweise ein Lungenemphysem), welches die Reservekapazität eines Organs kontinuierlich erschöpft, kann sich durch relativ geringe externe Einflüsse (wie Infektionen) zu einem aktiven Krankheitsbild (z. B. Pneumonie) entwickeln, welches wiederum andere Altersgebrechen (beispielsweise eine latente Herzinsuffizienz) dekomensieren kann (vgl. Ding-Greiner & Lang, 2004; Schramm, 1988). Um eine Verbesserung der Vergleichbarkeit von Studien und einen größeren Nutzen für Forschung und Praxis zu gewährleisten, mahnen einige Autoren nachdrücklich eine Vereinheitlichung der Definitionen und Abgrenzungen der Begriffe Multimorbidität und Komorbidität an (Fortin et al., 2004; van den Akker et al., 1996).

Multimorbidität bezieht sich nicht ausschließlich auf physiologische Krankheiten oder pathologische Organveränderungen. Der Begriff gilt genauso für psychiatrische und psychische Erkrankungen, welche im Alter ähnlich hohe (z. B. für Depression oder Angsterkrankungen) oder sogar höhere Prävalenzen (z. B. für ein Delir oder eine demenzielle Erkrankung) aufweisen als im mittleren Erwachsenenalter (vgl. Häfner, 1992). Diese Sichtweise steht in Einklang mit der Gesundheitsdefinition in der Verfassung der WHO: „*Health is a state of complete physical, mental and social well-being [...]*“ (WHO, 1946). Wie sich in einer systematischen Literaturbetrachtung zu Multimorbidität und Lebensqualität von Fortin et al. (2004) zeigt, wird gerade im medizinischen Sektor bei der Betrachtung von „Multimorbidität“ dennoch in den meisten Publikationen die psychiatrische bzw. psychische Morbidität von Patienten vernachlässigt oder ganz ausgeblendet.

Bedauerlicherweise gibt es bis heute kein verbindlicher multidisziplinärer Rahmen für die Betrachtung der Multimorbidität. Da es das Anliegen dieser Arbeit bei weitem übersteigt, einen solchen Rahmen zu entwickeln, wird das Verständnis von Multimorbidität im vorliegenden Kontext im Wesentlichen auf ihre medizinisch-somatischen Aspekte beschränkt. Pflegerische und psychosoziale Gesichtspunkte werden am Rande hinzugezogen. Ebenso kann der Verflechtung von Ursachen, Korrelaten und Konsequenzen auf biologischer, psychischer und sozialer Ebene nur in eingeschränktem Umfang Rechnung getragen werden.

### 1.3 Lebensqualität

Was versuchen wir eigentlich zu messen, wenn wir „Lebensqualität“ messen? Ist Lebensqualität abhängig von der spezifischen Komposition von materiellen Ressourcen, Gesundheits- und Lebensbedingungen oder wird sie gespiegelt in Zufriedenheit und Wohlbefinden eines Menschen? Ist es eine Qualität von Bedingungen oder eine Qualität des Erlebens? Im Verlauf der folgenden Abschnitte soll versucht werden, sich diesen Fragen zu nähern. Dabei geht es weniger um den Beleg für die Wahrheit bestimmter Ansätze als um die Bewertung der Angemessenheit dieser Ansätze in einem bestimmten Kontext: Der Erfassung von Lebensqualität multimorbider älterer Menschen.

Unabhängig von der Lokalisation der Quelle von Lebensqualität – Bedingungen oder Erleben – sind alle Messungen von Lebensqualität Urteile, die von einer Person über einen konkreten (Bedingungen) oder abstrakten (Erleben) Gegenstand gefällt werden. Innerhalb der Human- und Gesundheitswissenschaften gibt es keine eindeutige und einheitliche Definition des Begriffs Lebensqualität – die zu beurteilenden Gegenstände werden in sehr unterschiedlicher Weise bestimmt. Dennoch: Urteile beinhalten *immer* eine Bewertung – ein Urteil über Lebensqualität wird von Bewertungen bestimmter Lebensbereiche und Lebensumstände oder von Faktoren, welche diese beeinflussen, determiniert (vgl. Leventhal & Colman, 1997). „Lebensqualität“ ist somit *nie* eine den Umständen, der Situation oder Person inhärente Größe. Selbst die extremste materialistische Perspektive beinhaltet ein relatives, komparatives Element, nämlich den Vergleichsstandard.

Im Vergleich empirischer Studien zur Lebensqualität untereinander erweist es sich als höchst problematisch, wie stark sich die verwendeten Definitionsansätze unterscheiden. Veenhoven (2000, S.1) verdichtet diesen Umstand zu der Aussage, dass „[...] *in the practice of empirical quality-of-life measurement we see comparisons of apples and pears*“. Über diese Unterschiedlichkeit auf Operationalisierungsebene hinaus mangelt es dem Begriff zudem häufig an konzeptueller Klarheit (Hunt, 1997). Rosenberg (1995) beklagt etwa, dass der Verweis auf die abstrakte Natur des Forschungsgegenstandes wiederholt als Begründung für eine zwar psychometrisch brauchbare, theoretisch aber wenig fundierte Herangehensweise an die Erhebung herangezogen wird. Es ist also nicht nur die mangelnde Vergleichbarkeit unterschiedlicher Untersuchungen und Messinstrumente untereinander (aufgrund unterschiedlicher Operationalisierungen) problematisch, sondern schon die oft mangelhafte Explikation dessen, was genau innerhalb einzelner Ansätze Lebensqualität kennzeichnet bzw. welches Konstrukt Gegenstand der

Erhebung ist (Sanders, Egger, Donovan, Tallon & Frankel, 1998). Trotzdem ist „Lebensqualität“, mit allen Konnotationen, ein verbreiteter Indikator im Kontext von Gesundheit, Krankheit und Rehabilitationserfolg (Filipp & Mayer, 2002; Ravens-Sieberer & Cieza, 2000). Er trägt gleichsam eine Aura der patientenorientierten medizinischen und pflegerischen Versorgung, ungeachtet der tatsächlichen jeweiligen operationalen und inhaltlichen Charakteristika und ihrer Angemessenheit. In jüngerer Zeit wurden einige Taxonomien von Messinstrumenten der Lebensqualität vorgelegt, die auf sehr unterschiedliche Weise versuchen, dieses weite Feld zu strukturieren (z. B. Dijkers, 1999; Farquhar, 1995b; Fitzpatrick, Davey, Buxton & Jones, 1998).

In den folgenden Abschnitten wird eine Begriffsbestimmung von „Lebensqualität“ versucht, welche die Komplexität und Multidimensionalität des Konstrukts widerspiegelt. Es werden die Perspektiven relevanter Wissenschaftsbereiche dargestellt sowie Vor- und Nachteile ausgewählter Erhebungsansätze diskutiert. Besonderes Gewicht wird auf psychologische und gerontopsychologische Konzeptionen von Lebensqualität und gutem, erfolgreichem Altern gelegt. Im Verlauf soll eine Abstimmung psychologischer Ansätze auf medizinisch-pflegerische Anforderungen erfolgen. Schließlich wird die Konzeption von Lebensqualität expliziert, die innerhalb dieser Arbeit tragend ist: Ein Modell individualisierter Erfassung von Lebensqualität und ihrer subjektiven Bestimmungselemente. Zunächst wird jedoch ein Rahmen möglicher Endpunkte der Erhebung aufgespannt, um die kontextuellen Bedingungen herauszustellen, innerhalb derer die Erfassung von Lebensqualität bedeutsam sein kann, und die weiter unten dargestellten konkreten Operationalisierungsansätze einordnen zu können.

### 1.3.1 Anwendungsbereiche innerhalb der Human- und Gesundheitswissenschaften

Hauptsächlicher Anwendungskontext für die Messung von Lebensqualität ist der Bereich von Medizin und Gesundheit bzw. Krankheit (Ravens-Sieberer & Cieza, 2000). Während die Psychologie per Definition auf das subjektive Erleben fokussiert, ist es eine jüngere Entwicklung im Gefüge medizinischer-pflegerischer Entscheidungsfindung und Beurteilung, dass Aussagen und Bewertungen des Patienten selbst als wichtige Größe berücksichtigt werden (Kastrup & Mezzich, 2001). Die verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen haben aus ihren jeweiligen Traditionen heraus Perspektiven und Operationalisierungen von Lebensqualität entwickelt, die zunächst den jeweils fach eigenen Fragestellungen verpflichtet waren. Diese werden weiter unten eingehender betrachtet (vgl.

Abschnitt 1.3.2.2). Je nach Kontext können sehr unterschiedliche Erhebungsverfahren angemessen erscheinen. Das Ausmaß der Übereinstimmung von Urteilen über Lebensqualität, die durch unterschiedliche Erhebungsinstrumente gewonnen werden, kann dementsprechend, in Abhängigkeit von den jeweils betonten Facetten der Lebensqualität, stark variieren (Fava, 1990; Filipp & Mayer, 2002; Fuhrer, 2000).

Filipp und Mayer (2002) haben vier allgemeine Ziele bestimmt, anhand derer sich Messungen der Lebensqualität im Kontext von Krankheit und Behinderung einordnen lassen: Zunächst ist es möglich, Lebensqualität *deskriptiv* im Rahmen der Betrachtung krankheitsspezifischer Auswirkungen auf das Leben und Erleben von Personen zu erheben (z. B. Kilian, Matschinger & Angermeyer, 2001; Sprangers, de Regt, Andries, van Agt, Bijl, de Boer et al., 2000). Es lassen sich dabei sowohl Vergleiche zwischen unterschiedlichen Krankheitsgruppen als auch zwischen verschiedenen Gruppen einer spezifischen Erkrankung ziehen.

Einen empirischen Schwerpunkt bildet die Erhebung von Lebensqualität als *Outcome-Parameter* bei der Evaluation von Interventionen oder Rehabilitationsmaßnahmen. Die Bedeutung von Lebensqualität als Erfolgsindex speziell in der Geriatrie und in der geriatrischen Rehabilitation liegt in veränderten Zielsetzungen gegenüber der Medizin des Erwachsenenalters. Es wird nur selten das Primat der Therapie im Sinne von kurativer Wiederherstellung eines Zustandes von „Gesundheit“ verfolgt. Vielmehr hat im medizinischen Denken eine Verschiebung der Prioritäten stattgefunden, sodass insbesondere im Kontext chronischer oder progredient verlaufender Erkrankungen (z. B. Rheuma, Osteoporose, Diabetes, Krebs oder einer Demenz vom Alzheimer Typ) eine Erhöhung oder zumindest der Erhalt der Lebensqualität von Patienten das vorrangige Ziel ist (Fuhrer, 2000; Higginson & Carr, 2001; Kaplan, 2003; Sanders et al., 1998). Diese Umorientierung fand zum einen statt, da in der Medizin generell zunehmend die Betonung auf einer qualitativen Verbesserung der Gesundheitssituation einzelner Patienten liegt und nicht mehr allein auf einer Verlängerung des Lebens um jeden Preis – dies möglicherweise auf Kosten der Lebensqualität. Es geht stattdessen häufig darum, einen adäquaten Umgang mit Symptomen zu finden und die Funktionsfähigkeit von Betroffenen im Rahmen ihrer Möglichkeiten zu verbessern und zu optimieren (Brenner, 1995; Slevin, 1992; vgl. Baltes & Baltes, 1990b). Zum anderen ist speziell im Alter, wo ein Großteil der Erkrankungen chronisch und progredient verlaufen, eine Heilung im herkömmlichen Sinne meist gar nicht möglich (Böhmer, 2000; Weyerer & Schäufele, 1999). Bei geriatrischen Patienten ist

also aufgrund der vorherrschenden Art der Erkrankungen häufig eine auf den Erhalt des Status quo und der Lebensqualität ausgerichtete Behandlung eher indiziert als eine kurative (O'Boyle, 1997; O'Boyle & Waldron, 1997; Paci, Miccinesi, Toscani, Tamburini, Brunelli, Constantini et al., 2001). Selbstverständlich hat die Bestimmung von Lebensqualität als Outcome-Parameter auch in der nicht geriatrischen Medizin ihren festen Platz.

Ein weiteres Einsatzgebiet von Maßen der Lebensqualität liegt in der *Vorhersage* von Krankheitsverläufen oder Therapie-Compliance einzelner Patienten. Dabei wird eine hohe Lebensqualität vor allem als Ressource bzw. positiver Prädiktor für einen positiven Verlauf betrachtet, beispielsweise bei der postoperativen Genesung oder im Zusammenhang mit Krebserkrankungen (Gerbershagen, Limm & Cieza, 2000; Joyce, 1991; Maltoni, Pirovano, Scarpi, Marinari, Indelli, Arnoldi et al., 1995).

Schließlich werden bei der Analyse von Versorgungsstrukturen und verschiedenen Ansätzen zur *Qualitätssicherung* in Pflege und Versorgung ebenfalls Erkenntnisse über die Lebensqualität von Patienten herangezogen. Lebensqualität gilt dabei meist als *ein* Kriterium bestehender Versorgungs- und Pflegequalität unter vielen (Garms-Homolova & Gilgen, 2000; Higginson & Carr, 2001).

Die sehr unterschiedlichen Anwendungsbereiche für eine Beurteilung von Lebensqualität bedingen unterschiedliche Anforderungen an das jeweilige Erhebungsinstrumentarium. Es wird deutlich, dass in den jeweiligen Kontexten eine differenzielle Gewichtung ausgewählter Facetten der Lebensqualität, beispielsweise eher subjektiver oder objektiver Komponenten, sinnvoll sein kann. Eine Darstellung des Spektrums dieser verschiedenen Facetten ist Inhalt eines der folgenden Abschnitte (vgl. Abschnitt 1.3.3). Zunächst jedoch soll eine Übersicht über verschiedene theoretische Konzeptionen und Zugänge zur Lebensqualität erfolgen.

### 1.3.2 Begriffsbestimmung von „Lebensqualität“

#### 1.3.2.1 *Vorbemerkung: Schwierigkeiten einer Begriffsbestimmung*

Es ist anzunehmen, dass der Begriff „Lebensqualität“ für den Einzelnen fast unwillkürlich mit bestimmten Vorstellungen verknüpft ist – jeder Mensch würde wohl zustimmen, dass es wünschenswert ist, eine hohe oder gute Lebensqualität zu erfahren. Es verhält sich mit „Lebensqualität“ ähnlich wie mit Begriffen wie „Glück“ oder „Freiheit“: Sie provozieren eine intuitive, individuelle Bedeutungszuschreibung. Gleichzeitig werden sich diese subjektiven Bedeutungszuschreibungen inhaltlich vermutlich stark unterscheiden, denn ein

hypothetisches Konstrukt wie Lebensqualität besitzt keine direkte, objektive Referenzgröße. Als rein formaler Begriff kann er semantisch mehr oder weniger willkürlich definiert werden, ist also in hohem Maße unscharf. In Literaturstudien zu Konzepten und Operationalisierungen von Lebensqualität stechen Ambiguität und Unschärfe des Begriffs hervor (z. B. Farquhar, 1995b; Garratt, Schmidt, Mackintosh & Fitzpatrick, 2002): Deutlich unterschiedliche Konzepte wie „subjektives Wohlbefinden“, „funktionelle Kapazität“, „sozioökonomische Situation“, „Lebenszufriedenheit“, „Gesundheitsstatus“, „soziale Einbindung“ und viele mehr werden herangezogen, um den an sich „inhaltsleere[n] Begriff“ (Filipp & Mayer, 2002, S. 320) mit Bedeutung zu füllen (vgl. Diener & Suh, 1997a). Im gesundheitswissenschaftlichen Kontext ist der Begriff „Gesundheit“ selbst ein weiteres Beispiel für ein solches Konstrukt (vgl. Lawton & Lawrence, 1994, Figure 2.1). In statistischem Sinne handelt es sich um Faktoren zweiter Ordnung, welche über die Erhebung von Faktoren erster Ordnung bzw. über Indikatorvariablen indirekt erschlossen werden müssen. Welche Variablen im Einzelnen dies sind, ist Gegenstand eines breiten Diskurses, der im Verlauf der Folgenden Abschnitte ausschnittsweise beleuchtet werden soll.

Der Begriff „Qualität“ setzt nicht notwendig eine positive Konnotation voraus. Vielmehr bezeichnet er dem Wortsinn nach ganz allgemein „Beschaffenheit“, „Güte“ oder „Wert“ eines gegebenen Objektes (Wissenschaftlicher Rat der Dudenredaktion, 2005). Das impliziert, dass Qualität positive und negative Ausprägungen annehmen kann; in diesem Sinne bewegt sich die „Qualität eines Lebens“ auf einem Kontinuum von höchst wünschenswerten bis hin zu höchst unerwünschten und unangenehmen Zuständen (vgl. WHOQoL Group, 1995). Auch in letzterem Fall würde man folgerichtig von „Lebensqualität“ sprechen, nur dass eine so geartete eben nicht erstrebenswert erscheint.

Ein allgemeines theoretisches Modell von Lebensqualität sollte, wie weiter unten dargestellt, multikriterial und multidimensional beschaffen sein. Unterschiedliche Wissenschaftszweige haben sich dem Begriff jedoch je nach ihren Schwerpunkten und Traditionen sehr unterschiedlich angenähert. Ein betrachteter Ausschnitt im Kontext einzelner Fachdisziplinen stellt notgedrungen immer eine Reduktion einer sehr viel komplexeren Struktur dar. Gleichzeitig ist diese Reduktion in praktischen, anwendungsorientierten Kontexten meistens sinnvoll. Sie wird unter anderem durch Überlegungen zur Effektivität, dem praktischen Nutzen, den zeitlichen Möglichkeiten und dem Zweck der Erhebung gerechtfertigt (Diener & Suh, 1997a; Fitzpatrick et al., 1998;

Higginson & Carr, 2001). Aufgrund der Unterschiedlichkeit der zugrunde gelegten Konzepte ist es häufig nicht möglich, die Ergebnisse verschiedener Studien zur Lebensqualität gegebener Populationen direkt miteinander zu vergleichen. Die Ambiguität des Begriffs „Lebensqualität“ macht es folglich unerlässlich zu spezifizieren, welche Dimensionen im konkreten Fall das Konstrukt bestimmen. Dies erfordert eine konzeptuelle Einbettung des Begriffs in einen theoretischen Rahmen, welche jedoch nur selten stattfindet (Gill & Feinstein, 1994). Paradoxerweise dient häufig gerade die Tatsache, dass es keinen *golden standard* für die Erhebung von Lebensqualität gibt, als Begründung für eine operationale Vereinfachung ohne theoretische Rechtfertigung (Hunt, 1997; Rosenberg, 1995). Hinzu kommt, dass sich vieles, was unter der Bezeichnung Lebensqualität erhoben wird, begrifflich trennschärfer und differenzierter charakterisieren lässt – z. B. als Lebenszufriedenheit, Alltagskompetenz, funktionelle Gesundheit oder subjektive Gesundheitseinschätzung (vgl. Filipp & Mayer, 2002; Leventhal & Colman, 1997).

Die grundsätzlichen Fragen, die es auf theoretischer Ebene im Hinblick auf die Messung von Lebensqualität zu beantworten gilt, betreffen die Facetten des menschlichen Lebens, welche eine Bedeutung für seine Qualität besitzen, die Art und Weise, wie diese operationalisiert werden sollten und wie ihre qualitative Wertigkeit valide erfasst werden kann. Gleichzeitig steht zu klären, aus welcher Perspektive heraus diese Beurteilung vorgenommen werden soll und wem letztlich die normative Urteilsgewalt zufällt, einem Leben positive oder negative Qualität zuzuschreiben. Obwohl in integrativen, multidimensionalen Modellen der Lebensqualität zunehmend eine Annäherung stattfindet, existieren zu diesen Fragen in Medizin, Psychologie, Pflege oder Rehabilitation höchst unterschiedliche Auffassungen. Drei unterschiedliche, einflussreiche Positionen werden im folgenden Abschnitt überblicksartig dargestellt und bewertet.

#### *1.3.2.2 Der Begriff „Lebensqualität“ in den Forschungstraditionen*

Eine der frühesten Quellen, die sich auf Lebensqualität im gesundheitswissenschaftlichen Zusammenhang beziehen, ist ein Editorial der *Annals of Internal Medicine* aus dem Jahre 1966 (Anonym, 1966). Vermutlich wurde das Konzept der Lebensqualität erst von Campbell, Converse und Rodgers (Campbell, Converse & Rodgers, 1976) mit dem Titel ihres Buches *The quality of American life: Perceptions, evaluations, and satisfactions* in die Fachterminologie der Psychologie und Verhaltenswissenschaften eingeführt. Der

Begriff selbst wurzelt in den sozioökonomischen Ansätzen und der Sozialberichterstattung und wurde bis zum Anfang der 1970er Jahre vorrangig in diesen Kontexten verwendet (vgl. Diener & Suh, 1997a).

Im Folgenden soll ein kurzer Überblick über unterschiedliche Konzeptionen von Lebensqualität im sozioökonomischen, psychologischen und medizinischen Kontext gegeben werden.

#### 1.3.2.2.1 Lebensqualität aus sozioökonomischer Sicht

Aus sozioökonomischer Sicht wird ein großes Gewicht auf die materiellen, ökonomischen und infrastrukturellen Aspekte des Lebens und der Lebensumwelt gelegt, anhand derer dann Lebensqualität bestimmt wird. In dieser Wissenschaftsdisziplin werden somit demographische (z. B. Alter, Familienstand, Geschlecht), sozioökonomische (z. B. Einkommen, soziale Schicht, Beschäftigung) und ökologische (z. B. Wohnsituation, Wohnumfeld) Dimensionen der Lebensqualität am stärksten betont (Glatzer & Zapf, 1984; Mayer & Wagner, 1996; Naegele, 1998; Noll & Schöb, 2002). Lebensqualität wird damit weitgehend als Qualität der Bedingungen verstanden, als Umfang von Möglichkeiten und Ressourcen, die einer Person zur Verfügung stehen (vgl. Veenhoven, 2000). Diese Herangehensweise hat einige Vorteile, wie beispielsweise die relativ große Objektivität der Variablen und deren sozial-normativen Charakter, was interindividuell ähnliche Bewertungen ihrer Ausprägungen und damit direkte Vergleiche vereinfachen kann. Auf Basis eines solchen Modells lässt sich beispielsweise die allgemeine Wohlfahrtsentwicklung über die Zeit verfolgen (z. B. Zapf & Habich, 1997). Gleichzeitig sind die Variablen jedoch anfällig für Messprobleme, Interpretationsfreiräume und subjektiv gefärbte Entscheidungen darüber, welche aus einer Vielzahl möglicher Variablen tatsächlich in die Berichterstattung eingehen. Zudem ist die Aussagekraft sozioökonomischer Variablen bezüglich individueller Zufriedenheit und Wohlbefinden äußerst begrenzt (Diener & Suh, 1997a; Veenhoven, 1996).

#### 1.3.2.2.2 Lebensqualität aus psychologischer Sicht

Die Psychologie ist neben der Medizin einer der größten Forschungsbereiche, die sich mit Lebensqualität beschäftigen. In dieser Wissenschaftsdisziplin wird Lebensqualität gemeinhin mit subjektivem Wohlbefinden (*subjective well-being*) gleichgesetzt und damit das individuelle Erleben in den Mittelpunkt gerückt (vgl. Diener & Larsen, 1993; Diener &



Lucas, 2000; Schumacher, Klaiberg & Brähler, 2003). In Anlehnung an die grundlegende Unterscheidung von Emotion und Kognition wird von wenigstens zwei unterscheidbaren Aspekten des Wohlbefindens ausgegangen (Campbell et al., 1976; Diener, 1984).

Das emotionale bzw. affektive Erleben bestimmt die erste Ebene. Man unterscheidet hier nochmals zwischen eigenschaftsähnlichen, zeitlich überdauernden emotionalen Dispositionen (*trait*) und temporären affektiven Zuständen (*state*). Zwei voneinander weitestgehend unabhängige Dimensionen des emotionalen Erlebens konnten empirisch bestätigt werden: Positiver Affekt und negativer Affekt (vgl. Bradburn, 1969; Clark & Watson, 1991). Auf der *state*-Ebene konnte die faktorielle Unabhängigkeit der beiden Dimensionen in allen Altersgruppen vielfach bestätigt werden; Variationen im momentanen Erleben positiver und negativer Gefühlszustände hängen nicht systematisch zusammen (z. B. Diener & Emmons, 1985; Lawton, Kleban, Dean, Rajagopal & Parmelee, 1992a; Lawton, Kleban, Rajagopal & Dean, 1992b; Watson, Clark & Tellegen, 1988). Auf der Ebene der *traits* legen Forschungsergebnisse das Vorhandensein einer differentiellen Veranlagung zum eher positiv oder negativ getönten Erleben nahe. Auch hier zeichnen sich zwei voneinander unabhängige Dimensionen ab, die jeweils prädiktiven Wert für unterschiedliche Variablen physischer und psychischer Gesundheit besitzen: Negative und positive Affektivität (Clark & Watson, 1991) bzw. Neurotizismus und Extraversion (Costa & McCrae, 1980). Es spricht vieles dafür, dass es „*happy and unhappy people*“ (Costa & McCrae, 1980, S. 668) gibt bzw. einige Menschen dispositionell glücklicher sind als andere (Magnus, Diener, Fujita & Pavot, 1993; Myers & Diener, 1995). Im Zusammenhang mit den so genannten *top-down*- und *bottom-up*-Modellen des subjektiven Wohlbefindens werden diese Konzepte im Folgenden noch einmal aufgegriffen.

Die zweite, kognitive Komponente des subjektiven Wohlbefindens wird häufig als „Lebenszufriedenheit“ bezeichnet. Sie stellt eine bewusste Reflektion und Einschätzung von einzelnen Facetten des Lebens oder des Lebens in seiner Gesamtheit dar. Folglich können einerseits bereichsspezifische Zufriedenheitsurteile (z. B. hinsichtlich finanzieller Lage, Gesundheit, Beruf oder sozialer Einbindung) und andererseits globale Einschätzungen der Lebenszufriedenheit erfragt werden. In vielen Modellen wird davon ausgegangen, dass sich globale Lebenszufriedenheit durch gewichtete Zufriedenheitsurteile zu einzelnen Bereichen vorhersagen lässt (vgl. Campbell et al., 1976; Diener, 1984; Smith, Fleeson, Geiselman, Settersten & Kunzmann, 1996).

### 1.3.2.2.3 Lebensqualität aus medizinischer Sicht

In der Medizin wurde lange Zeit versucht, Lebensqualität über objektive, meist physiologisch-funktionelle oder biologische Variablen zu bestimmen (Brenner, 1995; Mahoney & Barthel, 1965; O'Boyle, 1997). Diese Herangehensweise wurde in den letzten zwei Jahrzehnten im Zuge der Umorientierung vom rein biomedizinischen auf ein umfassenderes biopsychosoziales Rahmenmodell von Gesundheit und Krankheit zunehmend zugunsten einer Bestimmung von Lebensqualität modifiziert, die Aspekte subjektiven Erlebens integriert (Bullinger, 2000; Garratt et al., 2002). An die Stelle einer externen Bewertung von klinischen Zeichen und Symptomen traten zunächst funktionelle Variablen wie *Activities of Daily Living* (ADL; Katz et al., 1963) oder der *Barthel-Index* (Mahoney & Barthel, 1965), später ergänzt durch Elemente wie soziale Rollenfunktionen (vgl. Ravens-Sieberer & Cieza, 2000). Mittlerweile ist es in begrenztem Umfang sogar üblich, Fragen zur subjektiven Zufriedenheit und zum Wohlbefinden in die Fragebogenstruktur einzubinden (vgl. Brenner, 1995). Bis auf sehr wenige Ausnahmen (z. B. Joyce, Hickey, McGee & O'Boyle, 2003; Ruta, Garratt, Leng, Russell & MacDonald, 1994) beschränkt sich die „Subjektivität“ solcher Erhebungen jedoch auf Urteile der Patienten zu theoretisch objektivierbaren Variablen (z. B. funktionelle Gesundheitsaspekte) oder ihre globale Gesundheitswahrnehmung.

Aus medizinischer Sicht wird Lebensqualität konzeptionell zwischen funktioneller Kapazität und subjektiver Gesundheitseinschätzung verortet - teils mehr teils weniger explizit. Problematisch ist in fast allen Fällen, dass Lebensqualität lediglich negativ definiert wird, indem die Abwesenheit von Symptomen oder Einschränkungen mit guter Lebensqualität gleichgesetzt wird. *Positive* Komponenten finden hingegen kaum Eingang (vgl. Ryff & Singer, 1998). Obwohl sich mittlerweile in vielen Fällen der spezifischere Terminus „gesundheitsbezogene Lebensqualität“ durchgesetzt hat, kritisieren einige Autoren, dass die gängigen medizinischen Erhebungsinstrumente zu Unrecht den Anspruch erheben, Lebensqualität zu messen. Vielmehr sollten sie als differenzierte Instrumente zur Erfassung der subjektiven Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes und der funktionellen Kapazität angesehen werden (Bowling, 1996; Lawton & Lawrence, 1994; Moons, 2004; Smith, Avis & Assmann, 1999). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hebt sich interessanterweise von dieser Kritik deutlich ab, indem sie Lebensqualität klar als *„individuals' perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations,*

*standards and concerns*“ (WHOQoL Group, 1995, S. 1405) definiert – eine Sichtweise, die nur marginal mit Gesundheitszustand oder Mobilität zusammenhängt.

Alles in allem stellen sich die in der Medizin verwurzelten Messinstrumente überraschend heterogen dar. Auch in Anbetracht unterschiedlicher Untersuchungsziele lässt sich dieser Umstand nur schwer rechtfertigen und wird dementsprechend von vielen Autoren beklagt (z. B. Farquhar, 1995b; Fava, 1990; Garratt et al., 2002). Garratt et al. (2002) identifizierten im Rahmen einer groß angelegten Literaturstudie bis zum Jahr 2000 im angloamerikanischen Sprachraum 1275 Instrumente zur Bestimmung der Lebensqualität, die in medizinischen Studien Verwendung fanden. Viele davon waren ad hoc konstruiert und ohne eingehende Überprüfung ihrer psychometrischen Qualität jeweils lediglich in einzelnen Studien eingesetzt worden. Gezielte Evaluationen der Qualität von Lebensqualitätsmaßen in der medizinischen Literatur bemängeln bei zahlreichen Instrumenten und Studien eine inadäquate Konzeption und Methodik: Fehlende Angaben zu Validität, Reliabilität und anderen Gütekriterien von Messinstrumenten stellen in vielen Fällen deren Aussagekraft erheblich in Frage (z. B. Gill & Feinstein, 1994; Sanders et al., 1998). Der Bedarf einer größeren Vereinheitlichung und der Entwicklung von Standards für die Erhebung von Lebensqualität wurde mehrfach auch von Seiten der Medizin unterstrichen (Fitzpatrick et al., 1998; Garratt et al., 2002; Hunt, 1997).

#### *1.3.2.3 Zusammenschau und Bewertung*

Eine Klassifikation der Ansätze nach Wissenschaftsdisziplinen birgt die Gefahr einer übermäßigen Vereinfachung – gleichwohl der generelle Nutzen einer Systematisierung außer Frage steht. Neuere Strömungen innerhalb der Medizin, die eine „individualisierte“ Messung von Lebensqualität befürworten (Carr & Higginson, 2001; Fitzpatrick, 1999; Fuhrer, 2000; vgl. Abschnitt 1.3.8), verwischen die Grenzen dieser Einteilung, da zunehmend auch „psychologische“ Aspekte der Lebensqualität in „medizinische“ Fragebögen integriert werden. Anwendungsorientierte, interdisziplinäre Wissenschaftszweige wie die Gerontologie versuchen eine Integration der unterschiedlichen Perspektiven (vgl. Gunzelmann & Oswald, 2005; Lawton, 1991, 1994; Wahl & Tesch-Römer, 2000). Die zunehmende Interdisziplinarität der Gesundheitswissenschaften insgesamt erschwert die Klassifikationen von Ansätzen in ihrer Reinform.

Ein wichtiger Schluss aus diesen integrativen Entwicklungen ist, dass Lebensqualität sich weder aus Sicht der Betroffenen noch als allgemeines Konstrukt

ausschließlich aus den direkt gesundheits- und funktionalitätsbezogenen Strukturelementen ableiten lässt, wie es die Medizin lange Zeit tat (K. W. Smith et al., 1999; Ubel, Loewenstein & Jepson, 2003; vgl. Testa & Simonson, 1996). Die implizite Annahme, dass eine gute Gesundheit automatisch hohe Lebensqualität bedeutet bzw. dass eine hohe Lebensqualität bei objektiv schlechter Gesundheit nicht möglich ist, lässt sich angesichts der empirischen Forschungslage nicht halten (Moons, 2004). Es wäre jedoch ebenso unangemessen, Lebensqualität ausschließlich im Sinne von subjektivem Wohlbefinden zu verstehen (Diener, 2000; Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999; Fliege & Philipp, 2000). Im Sinne eines multidimensionalen Modells sind zahlreiche Variablen sehr unterschiedlicher Art an der Konstitution von Lebensqualität beteiligt.

Lebensqualität wird im Kontext des Gesundheitswesens, wie weiter oben dargestellt (vgl. Abschnitt 1.3.1), unter anderem zur Evaluation von Therapie und Versorgung sowie zur Mitbegründung weiterführender Behandlungs- und Versorgungsleistungen erhoben – also mit erheblichen praktischen Implikationen. Daher ist die Frage nach der Validität der gewählten Indikatoren nachdrücklich zu stellen (vgl. Philipp & Mayer, 2002; Radoschewski, 2000; Ravens-Sieberer & Cieza, 2000). Dies gilt in besonderem Maße, wenn eine Erhebung in noch relativ schlecht erforschten Populationen wie Hochbetagte (80 Jahre und älter) und/oder mehrfach bzw. chronisch Erkrankte Verwendung stattfinden soll. Gerade in restriktiveren, eher normorientierten Modellen stellt jede Erhebung von Lebensqualität notwendigerweise eine *externe* Reduktion von komplexen Strukturen auf wenige beobachtbare Variablen dar. Wie im Verlauf der Arbeit noch ausführlicher dargestellt werden wird, eignen sich gängige Fragebögen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität unter anderem aus diesem Grund vielfach nicht zur Erhebung bei sehr alten, gebrechlichen oder mehrfach erkrankten Menschen (z. B. Andersen, Gravitt, Aydelotte & Podgorski, 1999; Seymour, Ball, Russell, Primrose, Garratt & Crawford, 2001; Stadnyk, Calder & Rockwood, 1998). Ein mögliches alternatives Auswahlkriterium ist jedoch die jeweils individuelle Perspektive der Befragten: In einer extrem subjektzentrierten Herangehensweise könnte streng genommen *jeder* Bereich des individuellen Erlebens und Lebens einer Person konstituierendes Element ihrer Lebensqualität sein. Maßgeblich wäre dann lediglich die individuell geäußerte Bedeutsamkeit dieses bestimmten Bereichs.

Die folgenden Abschnitte stellen zunächst zwei multidimensionale Strukturannahmen zum Konstrukt Lebensqualität vor: Das aus der Gerontologie

stammende Modell der Lebensqualität gebrechlicher Älterer von Lawton (1991) sowie ein Modell aus der Glücksforschung, die „Vier Lebensqualitäten“ von Veenhoven (2000). Im Anschluss folgt eine systematische Darstellung der Rahmenfaktoren einer Operationalisierung von Lebensqualität.

### 1.3.3 Lebensqualität als multidimensionales Konstrukt

In der wissenschaftlichen Gemeinschaft herrscht mittlerweile eine gewisse Einigkeit darüber, dass „Lebensqualität an sich“ ein multidimensionales Konstrukt ist, das eine multikriteriale Erhebung und multidisziplinäre Betrachtung erfordert, wenn man sich ihm *umfassend* nähern will: „[An] *area of consensus is the multi-dimensional nature of quality of life.*“ (WHOQoL Group, 1995, S. 1405; vgl. z. B. Bowling, Banister, Sutton, Evans & Windsor, 2002; Joyce, 1991; Lawton, 1991; Skevington, Sartorius & Amir, 2004). Um diese multidimensionale Struktur aus verschiedenen Blickwinkeln zu beleuchten, werden exemplarisch zwei unterschiedliche konzeptuelle Modelle der Lebensqualität dargestellt werden: Das multidimensionale Modell der Lebensqualität älterer Menschen nach Lawton (1991) und das Modell der vier Qualitäten des Lebens von Veenhoven (2000).

#### 1.3.3.1 *Das multidimensionale Modell der Lebensqualität älterer Menschen nach Lawton*

Unterschiedliche perspektivische und inhaltliche Annäherungen an Lebensqualität, welche in späteren Abschnitten nochmals aufgegriffen und dezidierter betrachtet werden, können anhand des multidimensionalen Modells der Lebensqualität älterer Menschen, wie es M. Powell Lawton anbietet, gut veranschaulicht werden (Lawton, 1991, 1994). Lawton unterteilt die Bereiche des menschlichen Lebens und Erlebens, welche Lebensqualität konstituieren, in vier einander teilweise überlagernde Segmente: *Verhaltenskompetenz, objektive Umweltbedingungen, wahrgenommene Lebensqualität* und *psychisches Wohlbefinden* (siehe Abbildung 1). Die Schnittmengen in diesem Modell verweisen auf eine gewisse Unschärfe der Kategorisierung des abgebildeten Gegenstandsbereiches. Dies soll jedoch nicht als Schwäche, sondern vielmehr als Offenheit des Modells verstanden werden, welches Erweiterungs- und Anpassungsspielräume eröffnet und die praktische Umsetzung, insbesondere die konkrete Messung der einzelnen Bereiche, beim Anwender belässt. In der Praxis erweist sich die Sichtweise von Lawton dementsprechend als fruchtbare Grundlage für die Konzeptionalisierung und Weiterentwicklung von

Erhebungsansätzen (z. B. Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg, 2004; Kruse, 2004; Schulz-Hausgenoss, Schönberg & Naegele, 2004).

Abbildung 1 *Bereiche der Lebensqualität nach Lawton*

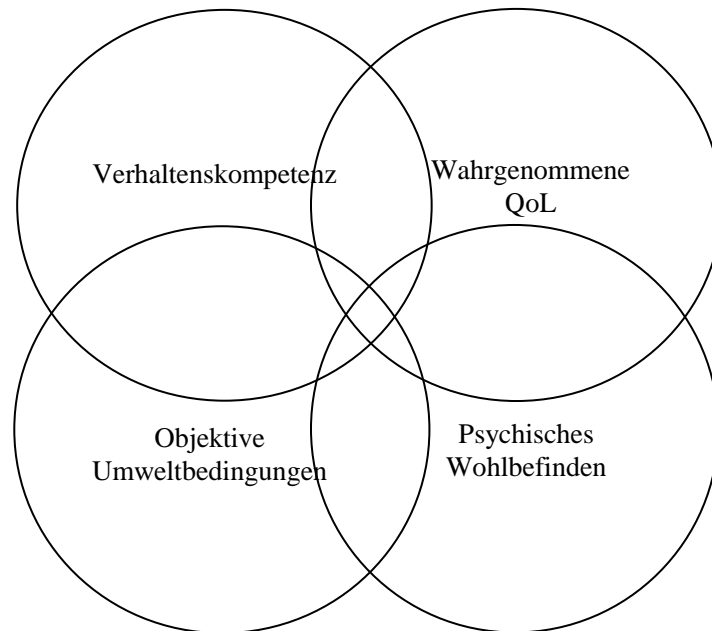


Abbildung nach Lawton, 1991; eigene Übersetzung.

Der Bereich der Verhaltenskompetenz (*behavioral competence*) repräsentiert die sozial-normative Evaluation des Funktionsniveaus in gesundheitlichen, funktionellen, kognitiven und sozialen Dimensionen. Hier sind beispielsweise fremd beurteilte Maße der Alltagskompetenz anzusiedeln, wie ADL/IADL (Activities of Daily Living bzw. Instrumental ADL; Katz et al., 1963; Lawton & Brody, 1969) oder der Barthel Index (Mahoney & Barthel, 1965). Physiologische Untersuchungen gehören ebenso diesem Bereich an wie auf psychologisch-psychiatrischer Ebene psychometrische Leistungstests (z. B. Gedächtnisleistung, Konzentrationsfähigkeit oder Verarbeitungsgeschwindigkeit). Besondere Bedeutung kommt im Alter natürlich der Einschätzung der kognitiven Fähigkeiten bzw. der Abklärung einer möglichen Demenz zu. Es handelt sich in fast allen Fällen um Fremdbeurteilungen der Kompetenz, die anhand von äußeren („objektiven“) Kriterien vorgenommen werden. Eine Ausnahme stellen Maße von ADL/IADL dar, die auch im Selbstbericht erhoben werden können, theoretisch jedoch über Verhaltensbeobachtungen objektivierbar sind.

Die wahrgenommene Lebensqualität (*perceived quality of life*) stellt den zweiten Bereich der Lebensqualität in Lawtons Modell dar. Dieser per Definition subjektive Anteil repräsentiert die persönliche Einschätzung der Elemente der oben beschriebenen Verhaltenskompetenz. Dazu zählen insbesondere das Schmerzerleben, Selbstbeurteilungen von ADL bzw. IADL und subjektive Einschätzungen des eigenen Gesundheitszustandes. In vielen Messinstrumenten sind diese Bereiche die einzigen, welche zur Bestimmung von Lebensqualität herangezogen werden – häufig sogar nur ein einzelner. Dies ist beispielsweise in den meisten Fragebögen der Fall, welche in der Medizin eingesetzt werden und explizit darauf abzielen, „gesundheitsbezogene Lebensqualität“ zu erfassen (z. B. Bergner, Bobbitt, Carter & Gilson, 1981; Hunt, McEwen & McKenna, 1985; Ware & Sherbourne, 1992).

Der dritte Bereich umfasst die objektiven Umweltbedingungen (*objective environment*). Ihr Einfluss auf die Lebensqualität einer bestimmten Person wird in Abhängigkeit von zwei Faktoren gesehen: erstens ihrer Bedeutsamkeit im Sinne von Einschränkungen oder Möglichkeiten bezüglich des Bereichs „Verhaltenskompetenz“ und zweitens ihrer Relevanz für die „wahrgenommene Lebensqualität“. Dazu zählen sozioökonomische Aspekte, Infrastruktur des Wohnortes, Altersangemessenheit der direkten Wohnumgebung, aber auch soziale Stützsysteme. Es handelt sich in allen Fällen um Fremdbeurteilungen objektiver Umweltbedingungen.

Zuletzt spielt in Lawtons Modell das psychologische Wohlbefinden (*psychological well-being*) eine große Rolle bei der umfassenden Charakterisierung von Lebensqualität. Lawton definiert Wohlbefinden als „*weighted evaluated level of the person's competence and perceived quality in all domains of contemporary life*“ (Lawton, 1991, S. 11): Wohlbefinden speist sich aus der subjektiven Bewertung und dem Erleben der eigenen Kompetenz und Zufriedenheit innerhalb der bisher angesprochenen Dimensionen der Lebensqualität. Traditionelle psychologische Maße von Zufriedenheit und Wohlbefindens lassen sich dieser Kategorie zuordnen. Interessanterweise zeigt die weiter oben (Abschnitt 1.3.2.2.3) wiedergegebene Definition von Lebensqualität der WHO eine gewisse konzeptuelle Nähe zu Lawtons Verständnis von psychologischem Wohlbefinden (WHOQoL Group, 1995).

Das Modell Lawtons stellt eine multidimensionale, multikriteriale und multidisziplinäre Herangehensweise an Lebensqualität unter Einbeziehung sowohl subjektiver als auch objektiver Variablen in Eigen- und Fremdperspektive dar. Die große

Spannweite des Modells sensibilisiert für die Vielschichtigkeit dessen, was unter dem Oberbegriff Lebensqualität subsumiert werden kann. In praktischer Hinsicht verdeutlicht es den Auswahlcharakter der erhobenen Facetten von Lebensqualität – es wird in den seltensten Fällen möglich sein, alle angesprochenen Ebenen simultan zu erfassen. Lawton selbst hat sein Modell in erster Linie in Hinblick auf gebrechliche („*frail*“) ältere Menschen und Heimbewohner konzeptualisiert und speziell für Patienten mit Demenzerkrankungen angepasst (Lawton, 1994). Gerade in diesem Kontext diente in den letzten Jahren sein Ansatz als Basis für viel versprechende Adaptationen und Entwicklungen der Erfassung von Lebensqualität (Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg, 2004; Kruse, 2004; Sowarka, 2000).

### 1.3.3.2 Das Modell der vier Lebensqualitäten nach Veenhoven

Eine andere Möglichkeit der Strukturierung des Konstruktes Lebensqualität stellt Veenhovens Taxonomie der „vier Lebensqualitäten“ dar (Veenhoven, 2000). Der konzeptuelle Rahmen dieser induktiven Klassifikation wird aufgespannt zwischen Bedingungen (*chances*) und Ergebnissen (*outcomes*) einerseits und äußeren (*outer qualities*) und inneren Qualitäten (*inner qualities*) andererseits. Diese Konzeption lässt sich schematisch als 2 x 2-Matrix darstellen, jedoch ohne Überlappungen, wie sie Lawton (1991) in seinem Modell zugelassen hat (vgl. Abbildung 1). Die resultierenden vier Felder der Matrix werden von Veenhoven als vier „Qualitäten des Lebens“ (*qualities of life*) betitelt (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3 Vier Lebensqualitäten nach Veenhoven

	Äußere Qualitäten ( <i>outer qualities</i> )	Innere Qualitäten ( <i>inner qualities</i> )
Bedingungen des Lebens ( <i>life chances</i> )	Lebbarkeit der Umwelt (livability of environment)	Lebens-Fähigkeit der Person (life-ability of the person)
Ergebnisse des Lebens ( <i>life results</i> )	Nützlichkeit des Lebens (utility of life)	Beurteilung des Lebens (appreciation of life)

Tabelle nach Veenhoven, 2000; eigene Übersetzungen.

Drei dieser vier Qualitäten werden von Dritten, also quasi objektiv, bestimmt: Lebbarkeit der Umwelt, Nützlichkeit des Lebens und auch die „innere Qualität“ der



Lebens-Fähigkeit einer Person. Lediglich die Beurteilung des Lebens verbleibt, im Sinne von Wohlbefinden und Zufriedenheit, in der subjektiven Domäne. Veenhoven argumentiert im Rahmen seines Modells, dass einzig ein subjektives Urteil (*appreciation of life*) über die Ergebnisse des Lebens (*life results*) eine umfassende Auskunft über die Lebensqualität des Individuums geben kann: „*Only happiness can be measured completely, because it is an overall judgement in itself.*“ (Veenhoven, 2000, S. 32). Alle anderen „Qualitäten des Lebens“ seien demgegenüber nicht erschöpfend zu erfassen und lieferten damit lediglich unvollständige Informationen, wenn man die Lebensqualität *insgesamt* eines Menschen betrachten wolle. Diese Facette der Lebensqualität hängt nach Veenhoven maßgeblich vom Grad der Bedürfnisbefriedigung ab: „*[When] human capacities fit environmental demands, there is a good chance that human needs are gratified. [...] [This] will manifest in a stream of pleasant experiences. [...] In human consciousness this manifests in good mood, and subsequently in satisfaction with life as a whole.*“ (Veenhoven, 2000, S. 33).

Als problematisch innerhalb Veenhovens Modell ist anzusehen, dass er einerseits der einzigen subjektiven Dimension der Matrix die größte Bedeutung beimisst, sie aber andererseits nur unzureichend ausdifferenziert: Zwar diskutiert er die Unterschiede zwischen kognitiven und emotionalen Bewertungen, verwischt diese aber im konkreten Modell wieder zu einer allgemeinen Bewertung des Lebens. Teilweise im Widerspruch zum hohen Anspruch an die Aussagekraft der *appreciation of life* kritisiert er gleichzeitig Konzeptionen, in denen den von außen bewerteten „Qualitäten“ nicht in gleichem Maße Rechnung getragen wird wie in seinem eigenen Modell. Noch eine zweite „Qualität“ ist recht unscharf charakterisiert: Die *utility of life* wird von Veenhoven selbst kritisch diskutiert und weitgehend der Sphäre der Philosophie zugewiesen. Diesen Einschränkungen zum Trotz stellen seine Überlegungen eine interessante Perspektive für die Bewertung unterschiedlicher empirischer Ansätze zur Erfassung der Lebensqualität dar. Seine starke Argumentation zu Gunsten eines vornehmlich subjektiven Zugang zur allgemeinen Lebensqualität – einer Domäne, welche auch viele Messinstrumente aus der Medizin für sich beanspruchen – kann als Anregung für eine weitere inhaltliche Differenzierung von Modellen der Lebensqualität dienen.

### 1.3.3.3 *Synoptische Bemerkungen*

Die beiden in den vorangehenden Abschnitten dargestellten Modelle der Lebensqualität stellen zwei aus einer Vielzahl von Möglichkeiten dar, das Begriffsfeld inhaltlich zu strukturieren und differentielle Facetten zu eröffnen. Während Lawtons Modell in seiner Grundkonzeption bereits einen relativ starken Praxisbezug aufweist, verbleiben in Veenhovens Modell viele Gesichtspunkte im theoretischen Raum. Dies hängt selbstverständlich nicht zuletzt mit den Ursprüngen der jeweiligen Modellvorstellungen zusammen: Während Lawtons Arbeiten im praxisbezogenen, gerontologischen Forschungskontext des Philadelphia Geriatric Center wurzeln, fokussiert Veenhovens Forschung auf Glück und Freude („*subjective enjoyment of life*“) im Allgemeinen<sup>1</sup>. Bei allen Unterschieden zwischen den Konzepten und Intentionen, implizieren beide Modelle, dass sich zwei abstrakte Dimensionen der Erfassung von Lebensqualität unterscheiden lassen: die perspektivische und die inhaltliche Ausrichtung der Erhebung (vgl. Filipp & Mayer, 2002). Diese beiden grundlegenden Dimensionen des Erhebungsmodus werden in den folgenden Abschnitten ausführlicher dargestellt und diskutiert.

### 1.3.4 Perspektive und Inhalt – Rahmenfaktoren der Operationalisierung von Lebensqualität

Die zwei Dimensionen „Perspektive“ und „inhaltliche Grundlage von Lebensqualität“ geben den Rahmen vor, innerhalb dessen sich unterschiedliche Operationalisierungen des Konstruktes vornehmen lassen. Die *Perspektive*, aus der heraus Lebensqualität bestimmt wird, kann entweder eine Selbstbewertung des Lebens im Sinne subjektiver Einschätzungen seitens des Betroffenen („subjektive Lebensqualität“) sein oder eine Fremdeinschätzung durch Dritte („zugeschriebene Lebensqualität“). Der Grad der Übereinstimmung bzw. Nicht-Übereinstimmung dieser beiden Perspektiven ist Thema einiger Forschungsarbeiten, die weiter unten ausführlicher dargestellt werden (z. B. Fitzsimmons, George, Payne & Johnson, 1999; Pearlman & Uhlmann, 1988; Slevin, Plant, Lynch, Drinkwater & Gregory, 1988).

Im Hinblick auf die *inhaltliche Ausrichtung* der Erfassung von Lebensqualität lässt sich unterscheiden, ob eher Merkmale der sozialen Umwelt und der objektiven Lebenslage im Zentrum der Betrachtung stehen oder aber individuelle, intrapsychische Faktoren und

---

<sup>1</sup> Vgl. die von Veenhoven initiierte Internet-Datenbank „World Database of Happiness“ (Veenhoven, undatiert).

Merkmale der betrachteten Person. In der Psychologie wird diese Dimension unter den Schlagworten *top-down*- und *bottom-up*-Prozesse bei der Entstehung von Wohlbefinden diskutiert (Brief, Butcher, George & Link, 1993; Diener & Lucas, 1999; Feist, Bodner, Jacobs, Miles & Tan, 1995; Headey, Veenhoven & Wearing, 1991). Eine solche zweidimensionale Strukturierung impliziert vier mögliche Erhebungszugänge an Lebensqualität, welche sich beispielhaft in Lawtons multidimensionalem Modell der Lebensqualität (Lawton, 1991, 1994) finden (vgl. Abschnitt 1.3.3.1).

Über die perspektivische Differenzierung in Fremd- und Selbstbericht sowie die inhaltliche Unterscheidung zwischen *top-down*- und *bottom-up*-Ansätzen hinaus kann ferner auf der Ebene der konkreten Operationalisierung zwischen Skalen und Einzelfragen (*single item measures*) unterschieden werden. In beiden Fällen kommen unterschiedliche Antwortformate in Frage – im gegebenen Kontext sind das vor allen Dingen die Skala vom Likert-Typ oder die Visuelle Analog Skala (VAS). Wie schon angesprochen, lässt sich, vor allem in medizinischen Kontexten, eine weitere formale Unterteilung hinsichtlich des intendierten Anwendungsbereiches vornehmen: zwischen generischen (allgemeinen) und krankheitsspezifischen Instrumenten. Im vorliegenden Zusammenhang sind vorrangig die generischen Instrumente von Bedeutung (Fitzpatrick et al., 1998; Gill & Feinstein, 1994; Guyatt, Feeny & Patrick, 1993). Im Folgenden sollen die perspektivische und die inhaltliche Differenzierung kurz anhand empirischer Befunde diskutiert werden.

#### *1.3.4.1 Selbst- und Fremdperspektive in der Erfassung von Lebensqualität*

Die erste grundlegende dichotome Dimension ist die Perspektive der Erhebung. In Hinblick auf eine Einschätzung des Gesundheitszustandes kam der Differenzierung von Selbst- und Fremdeinschätzung große Aufmerksamkeit zu. Wie bereits in Abschnitt 1.2.3 ausgeführt, zeigen sich mitunter erhebliche Abweichungen zwischen objektiver und subjektiver Bewertung der Gesundheit, mit einer Tendenz zur Überschätzung des eigenen Gesundheitsstatus (vgl. Lehr, 1987; Zank et al., 1997). Trotz einer deutlichen negativen Alterskorrelation sowohl körperlich-organischer Gesundheit als auch funktioneller Kapazität blieb beispielsweise die subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit der Studienteilnehmer der Berliner Altersstudie mit zunehmendem Alter relativ stabil (Borchelt et al., 1996). Dies deutet auf eine zunehmende Überschätzung des eigenen Gesundheitszustandes im Verhältnis zu objektiven Indikatoren hin.

Ähnliche Beobachtungen konnten auch im Bereich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und des Wohlbefindens gemacht werden. In einer Untersuchung mit 126 älteren Patienten mit fünf häufigen chronischen Erkrankungen fanden beispielsweise Pearlman und Uhlmann (1988) nur schwache Zusammenhänge zwischen den Bewertungen der Lebensqualität seitens der Ärzte und der Patienten: Die Ärzte schätzten die Lebensqualität ihrer Patienten im Schnitt deutlich schlechter ein als diese selbst. In einer Studie an 108 Krebspatienten und ihren behandelnden Ärzten von Slevin et al. (1988) zeigten sich ebenfalls nur sehr schwache Zusammenhänge zwischen Selbst- und Fremdbeurteilungen der Patienten hinsichtlich Lebensqualität, Angst und Depression. Auch auf inhaltlicher Ebene geben Ärzte und Patienten deutlich voneinander abweichende Einschätzungen: Gefragt, welche Dimensionen der Lebensqualität durch eine Tuberkulose beeinträchtigt werden, betonten beispielsweise Ärzte sehr viel stärker interpersonelle und organisatorische Aspekte, während Patienten intrapersonelle Faktoren in den Vordergrund stellten (Richard, Laforest, Dufresne & Sapinski, 2005). Zu vergleichbaren Ergebnissen kommen auch Studien von Fitzsimmons et al. (1999), Hansel, Wu, Chang & Diette (2004), Lomas, Pickard & Mohide (1987) und Horton (2002).

Angesichts dieser Differenzen zwischen Selbst- und Fremdeinschätzungen stellen sich die grundlegenden Fragen, wer Lebensqualität im medizinisch-pflegerischen Kontext überhaupt beurteilen sollte und wie valide scheinbar objektive Kriterien bei ihrer Bestimmung sind (Addington-Hall & Kalra, 2001; Slevin et al., 1988; vgl. Bowling & Dieppe, 2005). Auf der anderen Seite liegt es in der Natur des Gegenstandes, dass auch eine subjektive Einschätzung der eigenen Befindlichkeit oder eine individuelle Bewertung von Lebensumständen nicht auf ihre Validität hin überprüft werden können. Es sind lediglich Vergleiche der Selbsteinschätzung mit objektiven Variablen (z. B. Gesundheit, Einkommen oder soziales Netzwerk), mit bestimmten Zusammenhangserwartungen angesichts der Ausprägungen dieser Variablen oder eben mit Einschätzungen Dritter möglich.

In jedem Fall ist es von Bedeutung, dass Innen- und Außenperspektive Zugänge zu sehr unterschiedlichen Aspekten des Konstruktes Lebensqualität ermöglichen, die *beide* wichtige Informationen zu einem Gesamtbild beitragen können. Weder die eine noch die andere ist die „richtige“ Herangehensweise, vielmehr sollten beide als Teile eines multidimensionalen Modells von Lebensqualität verstanden werden (vgl. Lawton, 1991; Radoschewski, 2000; Veenhoven, 2000). Die Entscheidung für oder gegen eine dieser

Perspektiven in der konkreten Erhebungssituation hängt damit letztlich von der jeweiligen Fragestellung ab und lässt sich nicht ohne weitere Begründung treffen.

#### 1.3.4.2 *Top-down- und bottom-up Konzepte von Wohlbefinden und Lebensqualität*

Die Lebensqualität eines Menschen kann vereinfacht auf zwei Ursachen zurückgeführt werden: Sie kann entweder durch objektive, äußere Faktoren bedingt sein („Glück von außen“) oder durch innere Prozesse und Dispositionen entstehen („Glück von innen“). Entsprechend der Zuschreibung von äußeren oder inneren Ursachen wird in der Forschungsliteratur zwischen sogenannten *bottom-up*- und *top-down*-Ansätzen der Lebensqualität unterschieden (z. B. Filipp & Mayer, 2002; Headey et al., 1991; Leonardi, Spazzafumo, Marcellini & Gagliardi, 1999).

##### 1.3.4.2.1 Top-down Ansätze

In *Top-down*-Ansätzen wird von einer individuellen Disposition für ein eher positiv oder negativ gefärbtes Erleben ausgegangen, welche wesentlich verantwortlich für mehr oder weniger positiv ausgeprägtes subjektives Wohlbefinden bzw. Lebensqualität ist (z. B. Diener & Lucas, 1999; Magnus et al., 1993; Pavot, Diener, Randall & Sandvik, 1991). Beispielsweise wird im Modell der fünf Persönlichkeitsfaktoren von McCrae und Costa (McCrae & Costa, 1999, 2003) u. a. zwischen den je dominierenden Persönlichkeitseigenschaften Extraversion und Neurotizismus unterschieden. Diese Dispositionen scheiden „*happy and unhappy people*“ (Costa & McCrae, 1980) voneinander, indem sie das Ausgangsniveau von Wohlbefinden und Zufriedenheit bestimmen. Auf der affektiven Ebene stellen die Konstrukte positive und negative Affektivität, beispielsweise im Modell von Clark und Watson (1991), vergleichbare Konzepte dar. Auch positiver und negativer Affekt gelten als übergeordnete, überdauernde Dispositionen, die einen Einfluss auf darunter liegende Ebenen von Erleben und Verhalten ausüben. Es sind voneinander unabhängige Dimensionen, die in ihrer Ausprägung und ihrem Verhältnis zueinander Determinanten des Wohlbefindens einer Person darstellen (Bradburn, 1969; Watson et al., 1988).

##### 1.3.4.2.2 Bottom-up Ansätze

Der gemeinsame Nenner von *bottom-up*-Ansätzen ist die Annahme, dass allgemeine Lebensqualität und Wohlbefinden als Summe positiver und negativer Erfahrungen sehr

stark von objektiven Einflussfaktoren abhängen. Die Analyse von Bedingungen bestimmt weitgehend das empirische Vorgehen. Dabei wird in der Regel zumindest implizit von bestimmten Bereichen ausgegangen, deren objektiven Charakteristika universell konstituierend für die globale Lebenszufriedenheit sind. Viele sozioökonomische Ansätze stellen beispielsweise *bottom-up*-Konzeptionen dar – sie leiten Lebensqualität primär aus materiellen und sozialen Ressourcen ab und beziehen die individuelle Zufriedenheit mit den jeweiligen Ressourcen nur marginal mit ein (vgl. Mayer & Wagner, 1996; Naegele, 1998; Noll & Schöb, 2002). Gerade in medizinisch-pflegerischen Settings dominieren Konzeptionen, welche Lebensqualität weitgehend mit physiologischen oder funktionellen Indikatoren gleichsetzen (z. B. Bergner et al., 1981; Hunt et al., 1985; Ware & Sherbourne, 1992). Symptome und funktionelle Funktionsfähigkeit werden abgefragt, ohne deren tatsächliche Bedeutsamkeit für den einzelnen Patienten oder seine Zufriedenheit mit dem Funktionsniveau zu integrieren. Implizit wird in solchen Modellen von einer normativen Wertigkeit bestimmter Fähigkeiten und externer Faktoren ausgegangen, welche subjektunabhängig auf die Lebensqualität einwirken.

#### 1.3.4.2.3 Integrative Ansätze

Eine weitere Strömung befürwortet eine Integration dieser beiden Extrempositionen. Zahlreiche Ansätze gehen davon aus, dass weder Persönlichkeitseigenschaften (*top-down*) noch äußere Bedingungen (*bottom-up*) allein das Ausmaß des Wohlbefindens oder der Lebensqualität einer Person determinieren (z. B. Brief et al., 1993; Feist et al., 1995; Leonardi et al., 1999; Michalos, 1985). Diese integrativen Modelle beziehen Bewältigungsprozesse und kognitive Bewertungen von Ereignissen und Situationen als Vermittler zwischen Person und Situation ein und sehen Wohlbefinden als Produkt einer vermittelten, dynamischen Interaktion von äußeren und inneren Faktoren (Brandtstädter & Rothermund, 2002; Heckhausen & Schulz, 1995; Smith et al., 1996; vgl. jedoch Headey et al., 1991). Brief et al. (1993) beispielsweise konnten Wohlbefinden zwar als Resultat der jeweils direkten Einflüsse von Persönlichkeitseigenschaften (*top-down*) oder Gesundheitszustand (*bottom-up*) modellieren, der beste Prädiktor war jedoch die individuelle, subjektive Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes durch die Betroffenen selbst. Der indirekte Einfluss beider Größen in Form der subjektiven Interpretation eines Zustandes hing deutlich enger mit dem Wohlbefinden einer Person zusammen als objektiver Zustand oder Persönlichkeitseigenschaft für sich genommen. Die Unabhängigkeit des Wohl-

befindens von *unmoderierten* objektiven Bedingungen ist insgesamt noch besser belegt als von Persönlichkeitsvariablen (Diener & Suh, 1997a; Diener et al., 1999; Idler, 1993; Mroczek & Spiro, 2005; Veenhoven, 1996; Yi & Vaupel, 2002).

Innerhalb dieser integrativen Perspektive liegt eine besondere Betonung auf dem subjektiven Moment: Die Einbeziehung der individuellen kognitiven Verarbeitung berücksichtigt die interindividuelle Variabilität möglicher Reaktionen auf objektiv vergleichbare Bedingungen. Sie spiegelt sich vermutlich auch in unterschiedlichen Präferenzen für Situationen und Faktoren, welche die Lebensqualität einer Person steigern oder vermindern können.

### 1.3.5 Eine psychologische Perspektive: Globale versus bereichsspezifische Lebenszufriedenheit und subjektives Wohlbefinden

Ein grundlegendes konzeptuelles Modell der Zufriedenheit in der Psychologie postuliert, dass die globale Lebenszufriedenheit einer Person als Summenfunktion seiner Zufriedenheiten mit bestimmten Lebensbereichen dargestellt werden kann (Andrews & Withey, 1974). Diese Annahme wurde erfolgreich in spezifischen Modellen getestet (z. B. Campbell et al., 1976; Headey et al., 1991; Rojas, 2006; Smith et al., 1996). Ein globales Zufriedenheitsurteil wird in der reduziertesten Form als Einzelfrage erhoben. In der Regel lautet diese Frage in etwa: „Wie würden Sie ganz allgemein Ihre Lebenszufriedenheit/Lebensqualität einschätzen?“ oder „Wie zufrieden sind Sie momentan mit Ihrem Leben ganz allgemein?“ (vgl. Bowling, 2005; Bradburn & Caplovitz, 1965; Cantril, 1965). Äquivalent können auch die Zufriedenheitsurteile zu einzelnen Lebensbereichen (z. B. Zufriedenheit mit der beruflichen Situation, Zufriedenheit mit der Partnerschaft) erhoben und zu einem Gesamturteil aggregiert werden. Auch in diesem Zusammenhang wird von möglichen *bottom-up*- und *top-down*-Effekten gesprochen (Kahnemann, Diener & Schwarz, 1999; Schwarz & Strack, 1991). In diesem Kontext stehen jedoch Relationen zwischen den verschiedenen Abstraktionsebenen von Zufriedenheit und der globalen Lebenszufriedenheit im Mittelpunkt und nicht ursächliche Einflüsse dritter Größen wie etwa Persönlichkeit oder Umweltbedingungen, obwohl diese ebenfalls eine Rolle spielen können (Campbell et al., 1976; Feist et al., 1995; Lance, Lautenschlager, Sloan & Varca, 1989; Lance, Mallard & Michalos, 1995; Mallard, Lance & Michalos, 1997; Oishi & Diener, 2001; Smith et al., 1996).

Völlig widerspruchsfrei ist die Befundlage nicht: Beim Vergleich von globalen Urteilen mit über einzelne Bereiche aggregierten Zufriedenheitsurteilen fallen die Valenzen spezifischer Einzelurteile häufig anders aus als das globale Urteil und klären nur einen verhältnismäßig geringen Varianzanteil des allgemeinen Zufriedenheitswertes auf (Bulmahn, 1996; Mallard et al., 1997; Oishi & Diener, 2001; für einen Überblick vgl. Staudinger, 2000). Auf den ersten Blick scheint dies paradox, sollte sich doch die Tendenz von Einzelurteilen im Gesamturteil widerspiegeln. Gänzlich unabhängig von Drittvariablen sind die Zusammenhänge jedoch nicht: In zahlreichen Studien zeigte sich ein relativ starker Einfluss der gegenwärtigen Stimmung auf globale Zufriedenheitsurteile, während die bereichsspezifischen Urteile Stimmungseffekten nicht in gleichem Maße zu unterliegen scheinen<sup>2</sup> (z. B. Filipp & Buch-Bartos, 1994; Filipp & Ferring, 1998; Heinonen, Aro, Aalto & Uutela, 2004, 2005; Veenhoven, 1997). Pavot und Diener (1993a) beobachteten allerdings einen eher moderaten Einfluss der momentanen Stimmung auf die globale Zufriedenheit – die allgemeine Affektlage erwies sich als besserer Prädiktor.

Im Rahmen des folgenden Abschnitts wird zunächst das Modell der allgemeinen und bereichsspezifischen Lebenszufriedenheiten von Campbell et al. (1976) ausführlich dargestellt. Anschließend wird ein Urteilsmodell der allgemeinen Lebenszufriedenheit von Schwarz und Strack (1991) näher erläutert, in dessen Rahmen sich die beobachteten Diskrepanzen zwischen der Tendenz allgemeiner und spezifischer Urteile erklären lassen.

#### *1.3.5.1 Modell der Lebenszufriedenheit nach Campbell, Converse und Rodgers*

Eine der ersten systematischen Studien über Lebensqualität, von Campbell et al. (1976) in den USA durchgeführt, stützt sich auf ein explizites Modell der Struktur menschlicher Zufriedenheit. Da die Autoren Lebensqualität als inhärent subjektive Größe interpretieren („[...] *our concern was with the experience of life rather than the conditions of life*“, Campbell et al., 1976, S. 7), kommen für sie klassische Indikatoren der Sozialberichterstattung (objektive Bedingungen) als Indikatoren nicht in Frage. Vielmehr stehen aus ihrer Perspektive die Alternativen „Zufriedenheit“ oder „Glück“ zur Verfügung. Drei wesentliche Argumente stützen in ihrer Argumentation die Perspektive, Lebensqualität als Zufriedenheit mit der Erfüllung von Bedürfnissen zu definieren („[*We*] *define the quality of life experience mainly in terms of satisfaction of needs [...]*“, Campbell et al., 1976,

---

<sup>2</sup> Heinonen et al. (2004) schließen daraus, dass Affektivität nicht im engeren Sinne als Teil des Konstruktes Lebensqualität zu verstehen sei, sondern lediglich als Mediatorvariable, welche einen bedeutenden Einfluss auf das Gesamturteil über die eigene Lebensqualität ausübt.



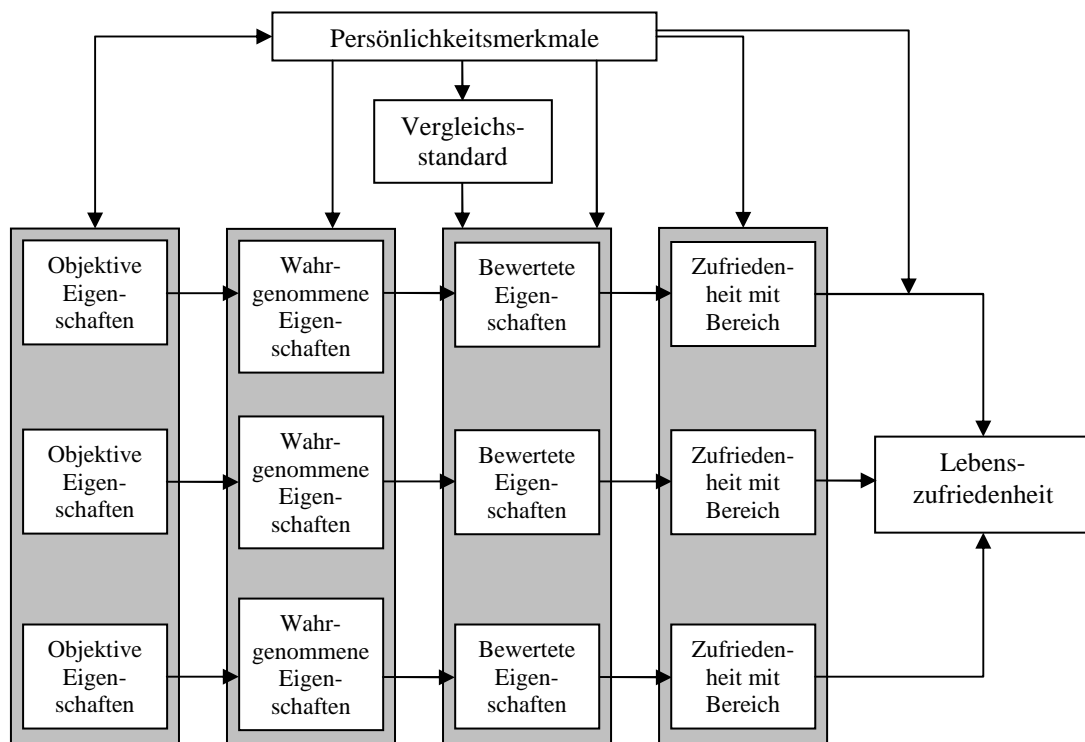
S. 9). Erstens kann dieser Indikator sehr viel präziser definiert werden als die Alternative „Glück“: *„Level of satisfaction can be precisely defined as the perceived discrepancy between aspiration and achievement [...]. Satisfaction implies a judgemental or cognitive experience, while happiness suggests an experience of feeling or affect“* (Campbell et al., 1976, S. 8). Zweitens sollen die erhobenen Daten praktische, politische Implikationen besitzen – in diesem Kontext erscheint Zufriedenheit als „realistischere“ Messgröße. Drittens sind die Autoren an einer differenzierten Betrachtung des Konstruktes interessiert und wollen ein globales Urteil (im Sinne von allgemeinem Wohlbefinden) als einzelnen Indikator vermeiden – Lebenszufriedenheit lässt sich jedoch global und bereichsspezifisch betrachten: *„Our focus was on these individual domains, their relationship to each other and their respective contributions to the overall quality of life“* (Campbell et al., 1976, S. 9).

Die konzeptuellen Grundlagen des Modells werden von Campbell et al. (1976, S. 13ff) folgendermaßen dargestellt: *„Satisfaction with a domain of life as expressed by an individual is seen as dependent on his evaluations or assessments of various attributes of that domain. [...] How a person assesses a particular attribute of a specific domain is considered to be dependent on two things: how he perceives the attribute and the standard against which he judges that attribute. [...] [A] person’s perception of any domain attribute is shown as dependent on, but distinct from, the objective environment. [...] [We] would want to recognize that personal characteristics have a significant bearing on every step of [the] model.“* Die weiterführende strukturelle Annahme besteht darin, dass sich die allgemeine Lebenszufriedenheit anhand mathematischer Verknüpfungen der Zufriedenheit mit einzelnen Lebensbereichen vorhersagen lässt: *„[...] satisfaction and dissatisfaction with various important spheres of life must combine in some way to influence global reports of well-being [...]. We can [...] ask, what rules for combining [...] produce the most effective predictions [...]“* (Campbell et al., 1976, S. 77). Eine einfache lineare Addition der gewichteten Bereichszufriedenheiten liefert die beste Vorhersage der globalen Lebenszufriedenheit. Direkt erfragte Gewichtungen der Bereiche brachten im Vergleich zum ungewichteten Modell überraschenderweise keine Verbesserung der Vorhersage. Die Autoren führen diesen Befund auf systematische Verzerrungen zurück, hauptsächlich auf Abwehrmechanismen bzw. die systematische Abwertung beeinträchtigter Bereiche. Ihr Modell der gewichteten Bereichszufriedenheiten kann jedoch teilweise durch die Verwendung indirekt gewonnener Gewichte, der Regressionsgewichte der Vorhersage

allgemeiner Lebenszufriedenheit aus den einzelnen Bereichen, untermauert und grundsätzlich beibehalten werden (für eine genauere Beschreibung vgl. Campbell et al., 1976, S. 82ff). Ein ähnliches Modell der Lebenszufriedenheit kommt beispielsweise in der Berliner Altersstudie (BASE) zur Anwendung (vgl. Smith et al., 1996).

Abbildung 2 gibt das Modell der Bereichszufriedenheiten und der allgemeinen Lebenszufriedenheit von Campbell et al. wieder. Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden die im ursprünglichen Modell vorgesehenen behavioralen Konsequenzen, d. h. Bewältigung und adaptives Verhalten, in der Abbildung nicht berücksichtigt. Sie hängen im ursprünglichen Modell von Campbell et al. sowohl von den bereichsspezifischen Zufriedenheiten als auch von der allgemeinen Lebenszufriedenheit ab (vgl. Campbell et al., 1976, Figure 1-2).

Abbildung 2 Modell der Bereichszufriedenheiten und der allgemeinen Lebenszufriedenheit nach Campbell et al.



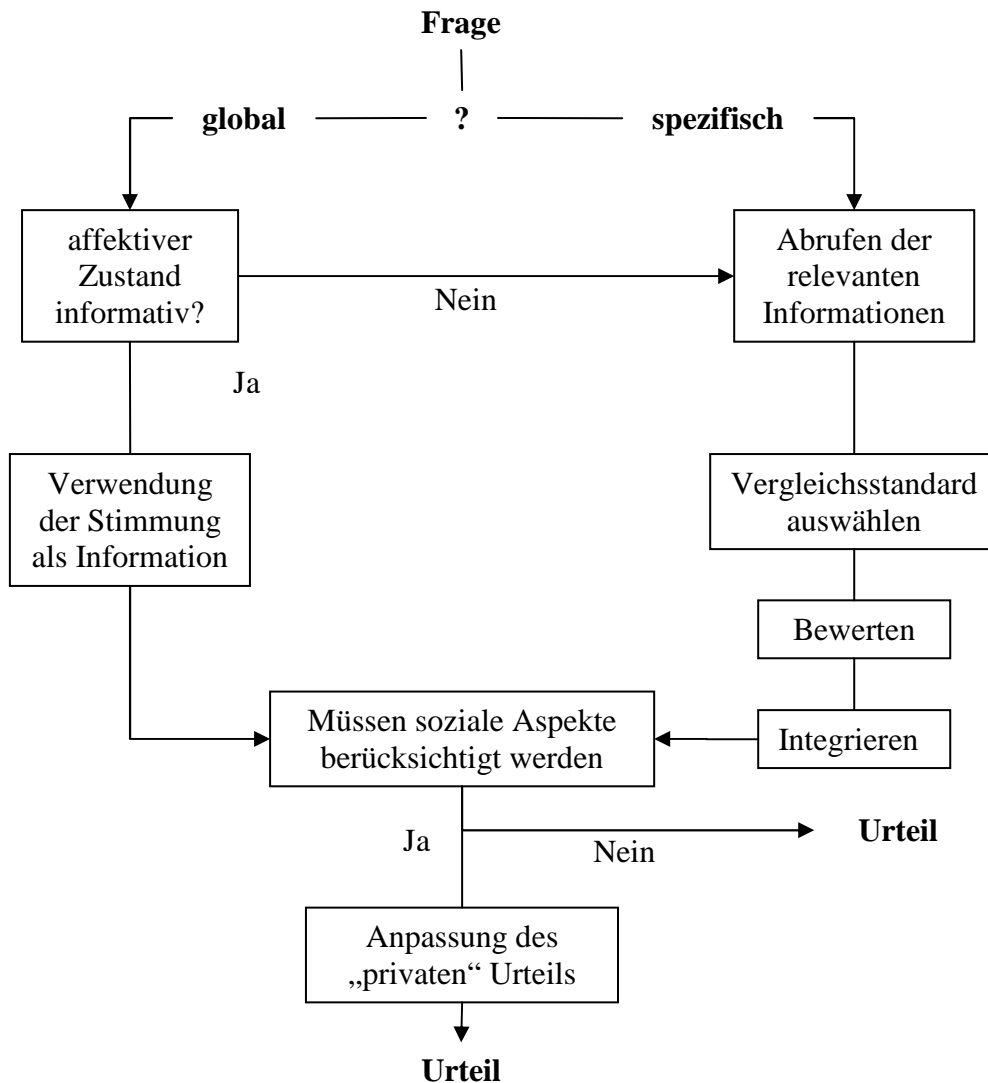
Modifiziert nach Campbell et al., 1976.

### 1.3.5.2 Das Urteilsmodell des subjektiven Wohlbefindens nach Schwarz und Strack

Es spielt eine große Rolle, ob man bereichsspezifischen und globalen Urteilen die gleichen kognitiven Abläufe zugrunde legt oder ihnen unterschiedliche Prozesse zuordnet. Scheinbare Widersprüche zwischen globalen und spezifischen Urteilen lassen sich

möglicherweise besser erklären, wenn man differentielle Prozesse der Urteilsbildung annimmt. Schwarz und Strack (1991) bieten mit ihrem Urteilsmodell des subjektiven Wohlbefindens einen Erklärungsansatz, der den Einfluss der momentanen affektiven Lage auf Aussagen zu globaler Zufriedenheit und allgemeinem Glücksempfinden (*happiness*) betont. Allgemeine Urteile zur Lebenszufriedenheit sind Anforderungen, die sich auf einen hoch komplexen Gegenstand und eine immense Informationsmenge beziehen, die möglicherweise gar nicht in allen relevanten Facetten verarbeitet werden kann. Daher verwenden Personen einfachere Heuristiken zur Bestimmung der globalen Lebenszufriedenheit, vorzugsweise ihren momentanen affektiven Zustand. Gleichzeitig wird für bereichsspezifische Zufriedenheitsurteile ein ähnlicher Prozess angenommen, wie ihn Campbell et al. (1976) postulieren: Informationen werden zu einem Vergleichsstandard in Beziehung gesetzt und eine Bewertung in Abhängigkeit von der Differenz zwischen Ist-Zustand und Standard vorgenommen. Wird bei einem allgemeinen Urteil zur Lebenszufriedenheit der Informationswert des Affektes als zu gering eingeschätzt, liegt momentan keine starke affektive Tönung vor oder sind andere Informationen hervorstechender, wird diejenige Vergleichsstrategie zur Urteilsfindung verwendet, die auch bei bereichsspezifischen Urteilen zum Einsatz kommen würde. Schwarz und Strack beziehen auch mögliche soziale Einflüsse auf das Urteil mit ein, welches in Abhängigkeit von Kontext, Situation oder beteiligten Personen modifiziert werden kann, bevor es zu einer Äußerung kommt. Das Modell wurde von Pavot und Diener (1993a) in einer empirischen Studie überprüft. Dabei fand sich der stärkste Zusammenhang zwischen globaler Lebenszufriedenheit und allgemeiner Stimmung. Abbildung 3 veranschaulicht das Modell.

Abbildung 3 Urteilsmodell des subjektiven Wohlbefindens nach Schwarz &amp; Strack



Modifiziert nach Schwarz & Strack, 1991.

### 1.3.5.3 Verflechtung kognitiver und affektiver Komponenten in Urteilen zur Lebenszufriedenheit

Folgt man Schwarz und Strack (1991), kommen bei der Bewertung konkreter Lebensbereiche andere Bewertungsheuristiken zum Tragen als bei globalen Urteilen (vgl. Andrews & Withey, 1974). Im Falle erlebter Verluste und Einschränkungen etwa treten diese negativen Faktoren offenbar deutlicher bei der Beurteilung konkreter Einzelbereiche ins Bewusstsein und resultieren in ungünstigeren Bewertungen als bei der Bewertung der abstrakten Größe „das Leben ganz allgemein“. Letztere scheint primär auf Grundlage des

allgemeinen Gefühlszustandes beurteilt zu werden. Dies kann die Vorhersage der allgemeinen Lebenszufriedenheit aus bereichsspezifischen Urteilen erschweren.

Ein anderer Gesichtspunkt in diesem Zusammenhang ist, dass bereichsspezifische Urteile nur dann das Gesamturteil bestimmen können, wenn man von universell gültigen, interindividuell einheitlich gewichteten Bereichen ausgeht, welche die Lebenszufriedenheit insgesamt determinieren (vgl. Campbell et al., 1976). In ein individuelles *globales* Zufriedenheitsurteil fließen jedoch interindividuell divergierende *Einzeldimensionen* ein, die sich in einer *vorgegebenen* Auswahl spezifischer Bereiche möglicherweise nicht wiederfinden (Browne, O'Boyle, McGee, Joyce, McDonald, O'Malley et al., 1994; Pavot & Diener, 1993b; Schwarz & Strack, 1991). Selbst bei stabilen Urteilsdimensionen hätte eine unterschiedliche Gewichtung der einzelnen Summanden einen differentiellen Effekt auf das resultierende Gesamturteil. Dieses entstünde auf einer von den vorgegebenen, aggregierten Einzeldimensionen abweichenden Basis und wäre folglich nicht direkt mit einem aggregierten Wert vergleichbar.

In diesen Überlegungen spiegelt sich die mögliche Verflechtung kognitiver und emotionaler Anteile des Wohlbefindens wider. Es wird deutlich, dass die Verwendung globaler Zufriedenheitsurteile nicht unproblematisch ist, sofern nicht Stimmungseffekte in die Kalkulation mit einbezogen werden. Gleichwohl sind Einzelfragen aufgrund der geringen zeitlichen und kognitiven Belastung für die Teilnehmer und ihrer weiten Verbreitung (und damit Vergleichbarkeit) durchaus eine ansprechende Erhebungsmethode (Bowling, 2005). Es ist schwierig zu entscheiden, welche Methode zu einer valideren Aussage über die allgemeine Lebenszufriedenheit eines Menschen führt: Das vermutlich stark stimmungsabhängige globale Urteil oder die Aggregation individuell sehr unterschiedlich bedeutsamer Einzeldimensionen. Wie im Verlauf dieser Arbeit zu zeigen sein wird, stellen individuell konstruierte Urteilsdimensionen und eine Aggregationsfunktion mit individueller Gewichtung dieser Bereiche möglicherweise einen pragmatischen Ausweg dar.

### 1.3.6 Lebensqualität und Wohlbefinden im Alter

Im vorangehenden Teil dieser Arbeit zeichneten sich eine große Divergenz zwischen Selbst- und Fremdbeurteilung der Lebensqualität und die überwiegende Unabhängigkeit der subjektiven Lebensqualität von äußeren Bedingungen, wie beispielsweise dem Gesundheitszustand, ab. Zudem wurden Prozessmodelle globaler und bereichsspezifischer

Lebenszufriedenheit dargestellt. Hier wurde auch die Verflechtung kognitiver und emotionaler Komponenten innerhalb der Urteilsbildung diskutiert.

Erklärungsansätze für die relative Unabhängigkeit subjektiver Lebensqualität von den objektiven Bedingungen bieten die in den folgenden Abschnitten diskutierten Modelle der Anpassung des Selbst im Alter. Adaptationsfähigkeit bedeutet in erster Linie: Widerstandsfähigkeit des Selbst gegen aversive Ereignisse und Umstände. Das „Selbst“ soll hier mit Brandstädter und Greve (1992, S. 270) als „selbstreflexives System mit selbststabilisierenden, selbstprotektiven und selbstproduktiven Funktionen, das in die kognitive Repräsentation, Bewertung, aktive Steuerung und emotionale Bewältigung von Entwicklungs- und Alternsprozessen involviert ist“, verstanden werden. Anpassungsleistungen im Sinne der Selbstregulation sind also Repräsentations-, Bewertungs- und Bewältigungsleistungen des Selbst. „Subjektive Lebensqualität“ kann in diesem Kontext als *Erlebnisqualität* interpretiert werden, die sich u. a. auf Anpassungsleistungen zurückführen lässt und ein Ergebnis mehr oder minder erfolgreicher Selbstregulation darstellt.

#### 1.3.6.1 Modelle der Anpassung im Alter

Eine breite Forschungsströmung befasst sich mit den Prozessen und Voraussetzungen, die „erfolgreiches Altern“ ermöglichen (z. B. Baltes, Kohli & Sames, 1989; Baltes & Baltes, 1990a, 1990b; Poon, Basford, Dowzer & Booth, 2003; Poon, Gueldner & Sprouse, 2003; Rowe & Kahn, 1998). Strukturelle, ökonomische und sozialpolitische Bedingungen werden ebenso wie individuelle Variablen psychischen und physischen Wohlergehens hinsichtlich ihrer Bedeutung für den Alternsverlauf untersucht. Einige Ansätze gehen eher normativ an die Frage des erfolgreichen Alterns heran - so schließen Rowe und Kahn (1987, 1998) im Rahmen der *MacArthur Study of Successful Aging* explizit kranke oder funktionell benachteiligte Menschen aus der Gruppe der potenziell „erfolgreich“ Alternenden aus. *Successful aging* ist in ihrem Modell der besonders positiv selektierten Gruppe gesellschaftlich produktiver, gesunder und sozial gut eingebundener Alter vorbehalten. Diese stark sozial-normative Charakterisierung ist nicht unwidersprochen geblieben (Strawbridge, Wallhagen & Cohen, 2002; von Faber, Bootsma-van der Wiel, van Exel, Gussekloo, Lagaay, van Dongen et al., 2001; vgl. Kahn, 2002). Sie weist in der Grundkonzeption Ähnlichkeiten mit medizinisch-funktionalen Modellen der Lebensqualität auf (vgl. Abschnitt 1.3.2.2.3). Andere Theorien, die direkt oder indirekt auf

erfolgreiches Altern Bezug nehmen, sind weniger restriktiv in ihren Erfolgsnormen und gestehen der alternden Person einen Anpassungs- und Bewältigungsspielraum in Hinblick auf das Erfolgskriterium (Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden) zu. Diese sollen im Folgenden näher erläutert werden.

Es gibt drei besonders einflussreiche Theorien zu den psychologischen Mechanismen, welche zur Resilienz des Selbst über die Lebensspanne beitragen und die Aufrechterhaltung von Lebenszufriedenheit trotz bestehender Risiken und Verluste ermöglichen: das Zwei-Prozess-Modell der Bewältigung von Brandtstädter (Brandtstädter, 2002), die Theorie der lebenslangen Kontrolle von Heckhausen und Schulz (Heckhausen & Schulz, 1995) sowie das Modell der selektiven Optimierung mit Kompensation (SOK) von Paul B. und Margret M. Baltes (Baltes & Baltes, 1990a). Alle drei beschreiben im Kern „*engagement and disengagement in response to shifts in opportunities for goal pursuit*“ (Poulin, Haase & Heckhausen, 2005). Ihre Wurzeln liegen in der Gerontopsychologie und der Entwicklungspsychologie der Lebensspanne<sup>3</sup>.

Das Zwei-Prozess-Modell der Bewältigung wurde von Jochen Brandtstädter entwickelt und empirisch überprüft (Brandtstädter, 2002; Brandtstädter & Greve, 1992; Brandtstädter & Greve, 1994a, 1994b; Brandtstädter & Rothermund, 2002). Die wesentlichen Elemente dieses Prozessmodells sind die Anpassungsstrategien der Assimilation und der Akkomodation, welche das Zusammenspiel von Zielverfolgung und Zielanpassung bzw. Zielaufgabe steuern. Von ihrem balancierten Verhältnis hängt die Aufrechterhaltung einer positiven Sicht auf das Selbst und die persönliche Entwicklung grundlegend ab. In Brandtstädters Modell beinhaltet *assimilative* Anpassung die Veränderung oder bewusste Steuerung einer Situation im Sinne eigener Zielvorstellungen. Assimilation wird auch als „hartnäckige Zielverfolgung“ bezeichnet und schließt korrektive Maßnahmen (beispielsweise Hilfsmittelverwendung) und das Erlernen neuer Fähigkeiten zur Kompensation vorhandener Defizite mit ein. *Akkomodative* Mechanismen hingegen unterliegen nur selten der bewussten Steuerung. Sie bewirken eine Anpassung der eigenen Ziele, Wünsche und Vorlieben an situationale Einschränkungen („flexible Zielanpassung“) und umfassen beispielsweise auch die Degradierung blockierter Entwicklungsoptionen (Brandtstädter & Rothermund, 1994; Rothermund & Brandtstädter,

---

<sup>3</sup> Die Betrachtung von Bewältigung und Anpassungsleistungen liegt im Alter aufgrund der Vielzahl von alterstypischen Verlusten und Risiken (z. B. Berentung, zunehmende Morbidität, Veränderung der Sozialstruktur) besonders nahe (vgl. Heckhausen, 1997). Zudem kann angenommen werden, dass die mit dem Alter sich stärker differenzierenden Opportunitätsstrukturen auch zu einer größeren Heterogenität der Anpassungsmechanismen führen (Maddox, 1987).

2003; Wentura & Greve, 2000). Assimilative und akkomodative Bewältigung schließen sich nicht gegenseitig aus, sondern kennzeichnen vorherrschende Tendenzen, mit aktuellen Entwicklungsaufgaben, Verlusten und Risiken umzugehen. Beide Anpassungsformen kommen erst bei einer wahrgenommenen Diskrepanz zwischen Ist- und Soll-Zustand zum Tragen. Ihnen ist die Verarbeitung und Bewertung selbstbezogener Informationen vorgelagert. *Immunisierungstendenzen*, d. h. selbstwertdienliche Filtermechanismen bestimmen maßgeblich die Toleranzschwelle selbstwertabträglicher Informationen (vgl. das Konzept der „positiven Illusionen“: z. B. Taylor & Brown, 1988, 1994). Erst wenn Informationen nicht mehr neutralisiert oder abgewehrt werden können, werden sie zum Gegenstand eines Bewältigungs- oder Anpassungsprozesses.

Eine verwandte Sichtweise der Entwicklungsregulation stellt die Theorie der lebenslangen Kontrolle von Heckhausen und Schulz (Heckhausen, 1997; Heckhausen & Schulz, 1995) dar. Die grundsätzlichen Selbstregulationsmechanismen werden hier in den Konzepten der primären und der sekundären Kontrolle verortet. Primäre Kontrolle „*attempts to change the external world* [...] [Sekundäre Kontrolle], *by contrast, targets the internal world of the individual in efforts to 'fit in with the world'*“ (Heckhausen, 1997, S. 176). Bei aller oberflächlichen Ähnlichkeit unterscheiden sich die beiden Modelle jedoch in der der Anpassung zugrunde gelegten Motivation: Brandtstädter sieht das Primat der Aufrechterhaltung eines kohärenten Selbst über die Zeit, während Heckhausen und Schulz ein phylogenetisch begründetes Streben nach Aufrechterhaltung primärer Kontrolle als treibende Kraft hinter der Adaptation postulieren (Poulin et al., 2005).

Das Modell der selektiven Optimierung mit Kompensation (SOK-Modell) von Baltes und Baltes (Baltes, 1990; Baltes & Baltes, 1990a; Baltes & Carstensen, 1996) identifiziert drei Mechanismen, die zu einem erfolgreichen Altern beitragen: die *Selektion* von Zielen und Situationen, die den eigenen Möglichkeiten angemessen sind, die *Optimierung* vorhandener Fähigkeiten und Möglichkeiten durch Übung und aktive Auseinandersetzung und die *Kompensation* vorhandener Defizite, beispielsweise durch Hilfsmittel oder soziale Unterstützung. Das Erfolgskriterium wird hier nicht in der Erfüllung normativer Standards gesehen, sondern vielmehr in der Art des Umgangs mit der eigenen gegenwärtigen Situation. Erfolgreiches Altern findet in dem Maße statt, in dem ein Mensch innerhalb der biologischen und sozialen Grenzen seiner Möglichkeiten eine weitgehend selbstbestimmte und subjektiv erfüllende Lebensführung realisiert. Im Wesentlichen kommen innerhalb dieses Modells assimilative, also aktiv-



steuerungsbezogene Elemente zum Tragen. Gerade im Bereich der Selektion von Handlungszielen spielen jedoch auch akkomodative Prozesse eine Rolle (vgl. Brandtstädter, 2002).

Das SOK-Modell ist von Heckhausen in Verbindung mit den Konzepten von primärer und sekundärer Kontrolle erweitert und spezifiziert worden (Heckhausen, 1997; Poulin et al., 2005). Ein wichtiger Gesichtspunkt innerhalb des SOK-Modells und dieser Weiterentwicklung ist, dass die Güte einer Bewältigungs- oder Entwicklungsleistung nur zum Teil von den beteiligten äußeren Einflussfaktoren oder den verwendeten Bewältigungsstrategien an sich abhängig ist. Vielmehr ist das Ergebnis im Sinne von beispielsweise Lebenszufriedenheit, Wohlbefinden und Selbstwert das entscheidende Kriterium bezüglich des Umgangs mit den unterschiedlichen Verlusten und Einschränkungen, die das Alter mit sich bringt (Freund & Baltes, 1998). Die empirische Forschungslage attestiert in dieser Hinsicht der älteren Bevölkerung einen überraschend gelungenen Umgang mit Veränderungen und Entwicklungsaufgaben (vgl. Smith & Baltes, 1996; Strawbridge et al., 2002; von Faber et al., 2001). Dies kontrastiert mit der normativ orientierten Auffassung von erfolgreicher Entwicklung im Alter, wie sie beispielsweise im Kontext der *MacArthur Study of Successful Aging* (Rowe & Kahn, 1987) und implizit von Verfechtern medizinisch-funktionaler Modelle von Lebensqualität (vgl. Ravens-Sieberer & Cieza, 2000) vertreten wird.

#### *1.3.6.2 Das Paradox des subjektiven Wohlbefindens*

Menschen verzeichnen mit fortschreitendem Alter eine zunehmend negative Bilanzierung von „Gewinnen und Verlusten“ (Baltes, 1990, 1993; Heckhausen et al., 1989; Smith, 2003). Gleichzeitig neigen sie eher zur Verwendung akkomodativer Bewältigungsstrategien (Brandtstädter, 2002; Brandtstädter & Baltes-Götz, 1990; Rothermund & Brandtstädter, 2003) bzw. sekundärer Kontrolle (Heckhausen, 1997; Heckhausen & Schulz, 1995). Diese Beobachtungen beinhalten keine Wertung der Verlagerung auf eher passive Bewältigungsformen. Ganz im Gegenteil können bei objektiv vorhandenen starken Einschränkungen die Anerkennung eigener Grenzen und die kognitive Umorientierung auf realistischere Ziele eine höhere Zufriedenheit mit dem eigenen Leben und dem eigenen Alter fördern (Helgeson, 1992; Kunzmann, Little & Smith, 2002; Staudinger, Freund, Linden & Maas, 1996).

In zahlreichen Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen Lebensqualität und Gesundheitsvariablen fanden sich bezüglich der subjektiven Bewertungen von Lebensqualität bzw. Wohlbefinden Ergebnisse, die unter dem Schlagwort „Zufriedenheitsparadox“ zusammengefasst werden (Staudinger, 2000). In einer Analyse internationaler Studien zu Wohlbefinden und Alter zeigte sich, dass Menschen mit zunehmendem Alter vergleichbare oder sogar höhere Ausprägungen von Zufriedenheit und Wohlbefinden berichteten als jüngere Teilpopulationen. Der scheinbare Widerspruch zwischen objektiven Bedingungen bzw. aufgrund der Bedingungen erwarteter Zufriedenheit alter Menschen einerseits und ihres eigenen berichteten Wohlbefindens andererseits ist in verschiedensten Kontexten empirisch belegt worden (z. B. Diener & Suh, 1997b; Mroczek & Spiro, 2005; Smith et al., 1996; Staudinger & Freund, 1998). Besonders pointiert wird das Zufriedenheitsparadox im Gesundheitskontext deutlich: Menschen an beiden Enden des Krankheitsspektrums („Gesunde“ und „Kranke“) berichten nur geringfügig abweichende Ausprägungen ihres Wohlbefindens oder der Zufriedenheit mit ihrem Leben insgesamt (für eine Übersicht vgl. Diener et al., 1999). Weiter oben (Abschnitt 1.2.3) wurden bereits Ergebnisse berichtet, die darauf hindeuten, dass auch die subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit im Altersverlauf, bei gleichzeitig im Mittel ansteigender Morbidität, weitgehend stabil bleibt (z. B. Idler, 1993; Yi & Vaupel, 2002).

Speziell in Bezug auf die emotionalen Komponenten des Wohlbefindens lässt sich beobachten, dass im Altersverlauf, also mit im Durchschnitt beachtlich ansteigenden Verlusten und Einschränkungen, die Häufigkeit von positivem Affekt zwar abnimmt, negativer Affekt aber nur einer sehr geringen Altersveränderung unterliegt (Charles, Reynolds & Gatz, 2001; Lawton, 2001; Magai, 2001). Entsprechend zeigt die Balance zwischen positivem und negativem Affekt im Mittel keine negative Alterskorrelation – positiver Affekt überwiegt bei weitem die Ausprägung von negativem Affekt (Isaakowitz & Smith, 2003; Mroczek & Kolarz, 1998; Smith et al., 1996; Stacey & Gatz, 1991). Dieser Befund ist nicht nur als Facette des Wohlbefindensparadoxes, sondern vor allen Dingen vor dem Hintergrund des Urteilsmodells des subjektiven Wohlbefindens von Schwarz und Strack (1991) von Bedeutung, welches einen erheblichen Einfluss der momentanen Affektlage auf globale Zufriedenheitsurteile annimmt (vgl. Abschnitt 1.3.5.2).

Die Anpassungsfähigkeit des Menschen hat selbstverständlich Grenzen (vgl. Jerusalem, 1997; Smith et al., 2002; Staudinger & Freund, 1998; Staudinger, 1997). So

zeigt sich nach sehr schwerwiegenden Ereignissen und Veränderungen (z. B. bei ernster chronischer Krankheit) eine große Übereinstimmung zwischen der (schlechten) objektiven Gesundheitssituation und der subjektiven Einschätzung bzw. Lebensqualität (Grimby & Svanborg, 1997; Kruse, 1992a; Martin, 2003; Poon et al., 2003). Ebenfalls nimmt im Zuge einer Akkumulation von Widrigkeiten im sehr hohen Alter (älter als 85 Jahre) das subjektive Wohlbefinden ab – gleichwohl alte Menschen im Mittel bis ins hohe Alter nach wie vor Werte des Wohlbefindens berichten, die deutlich im positiven Bereich liegen (Lawton, 2001; Magai, 2001; Smith et al., 2002). Obwohl sich beispielsweise in der Berliner Altersstudie insgesamt sehr differenzielle Strukturen protektiver Faktoren herauskristallisieren (Staudinger & Freund, 1998; Staudinger et al., 1996), konnten als globalen Risikofaktoren fehlende finanzielle und soziale Ressourcen (Baltes & Lang, 1997) sowie wie die dauerhafte Unterbringung in einem Heim oder einer Pflegeeinrichtung (Baltes, 1995) identifiziert werden. In einer Clusteranalyse von Daten der Berliner Altersstudie fanden Smith und Baltes (Smith & Baltes, 1997) zudem eine Häufung negativer Funktionsprofile in der Altersgruppe der Hochbetagten, welche mit einem deutlichen Absinken des Wohlbefindens in diesen Clustern einhergeht.

In Bezug auf das Zufriedenheitsparadox bieten sich unter diesen Gesichtspunkten weitere Erklärungsalternativen an. Ausgehend von einer vorherrschenden akkomodativen Verarbeitung bzw. einer Verlagerung auf sekundäre Kontrollstrategien, legen ältere Menschen möglicherweise bei zunehmenden Einschränkungen entweder veränderte Standards hinsichtlich ihrer eigenen Leistungsfähigkeit an oder senken die Schwelle der Zielerreichung (Brandtstädter & Baltes-Götz, 1990; Heckhausen, 1997; Rothermund & Brandtstädter, 2003). Als Ursachen für diese Veränderungen hinsichtlich ihrer Erwartungen und Ziele werden subjektive Altersvorstellungen und soziale Altersnormen sowie soziale und temporale Vergleichsprozesse diskutiert (Beaumont & Kenealy, 2004; Filipp & Buch-Bartos, 1994; Filipp & Ferring, 1998; Mehlsen, Kirkegaard Thomsen, Viidik, Olesen & Zachariae, 2005; Montepare & Clements, 2001; Thomae, 1987). Brickman und Campbell (1971) postulierten ein Streben des Selbst nach einer moderat positiven Affektlage und prägten für die damit verbundenen Prozesse den Ausdruck „*hedonic treadmill*“. Die grundlegenden Mechanismen um diese ausgewogene Gefühlslage zu erreichen sind nach ihren Überlegungen selbstwertdienliche zeitliche, räumliche und soziale Vergleiche. Über diese Vergleichsprozesse hinaus besteht die Möglichkeit, dass ältere Menschen eine generelle Verschiebung ihrer Prioritäten erleben oder eine bewusste

Reorganisation der eigenen Zielsysteme vornehmen, sodass sie zur Bewertung ihrer Zufriedenheit andere Situationen und Ziele heranziehen als zuvor. Bereiche, die früher einmal wichtig waren (oder in jüngeren Kohorten wichtig sind), werden in ihrer subjektiven Bedeutsamkeit herabgemindert oder nicht mehr evaluiert; die Bewertung des eigenen Lebens findet anhand neuer oder modifizierter Bereiche statt, in denen aktuell eine größere Kompetenz wahrgenommen wird oder die „altersangemessener“ erscheinen (Brandtstädter & Rothermund, 1994; Heckhausen, 1997; Rudinger & Thomae, 1990; vgl. Baltes & Baltes, 1990a; Sprangers & Schwartz, 1999). Untermauert wird diese Interpretation von Untersuchungen, welche die Bedeutsamkeit von Lebensbereichen und Zielen im Alter und im Altersvergleich thematisieren. Diese werden weiter unten ausführlicher dargestellt (vgl. Abschnitt 1.3.6.4).

#### *1.3.6.3 Differenzielle Effekte von Multimorbidität auf Lebensqualität aus medizinisch-pflegerischer Perspektive*

Nicht nur aus psychologischer Perspektive wurden Zusammenhänge von Lebensqualität und Krankheit bearbeitet. Auf Grund der großen Bedeutung der Variablen „Lebensqualität“ im medizinisch-pflegerischen Sektor fanden auch hier zahlreiche Untersuchungen statt, die weitere Facetten des Zufriedenheitsparadoxons beleuchten. Zum besseren Verständnis ist es hilfreich, sich die Struktur vieler medizinisch-pflegerischer Messinstrumente der Lebensqualität zu vergegenwärtigen.

Im medizinisch-pflegerischen Kontext wird zwischen so genannten generischen und krankheitsspezifischen Instrumenten differenziert (Bullinger, 2000; Fitzpatrick et al., 1998; Guyatt et al., 1993). Das wesentliche Charakteristikum generischer Maße ist der Anspruch, auf einer universalen Ebene Lebensqualität von Individuen oder Populationen abbilden zu können, ungeachtet ihrer möglichen Zugehörigkeit zu einer Teilpopulation (z. B. Altersgruppe). Krankheitsspezifische Instrumente dagegen sollen den unterschiedlichen spezifischen Charakteristika bestimmter Krankheitsgruppen Rechnung tragen. Sie sollen eine differenziertere Betrachtung von besonders relevanten Teilaspekten der Lebensqualität und Entwicklungsverläufen im Rahmen bestimmter Profile von Einschränkungen, Behinderungen oder allgemein gesprochen Veränderungen im Zustand von Personen ermöglichen (Fitzpatrick et al., 1998; Ravens-Sieberer & Cieza, 2000). Meist wird Lebensqualität innerhalb des Instruments in unterschiedliche Facetten aufgefächert – die häufigsten sind sicherlich eine physiologisch-funktionale, eine psychologisch-

emotionale und eine soziale Facette (Ravens-Sieberer & Cieza, 2000; vgl. z. B. Ware & Sherbourne, 1992; WHOQoL Group, 1993). Diese Teilskalen sind sehr unterschiedlich valide und differenziert. Tendenziell sind die Instrumente beim Einsatz in älteren Populationen identisch mit solchen, die für jüngere Menschen entwickelt wurden. Obwohl einige Instrumente speziell für ältere Populationen adaptiert oder neu entwickelt wurden, gibt es nur unzureichende Nachweise ihrer psychometrischen Qualität (Haywood, Garratt & Fitzpatrick, 2005a, 2005b).

Grimby und Svanborg (Grimby & Svanborg, 1997) fanden in einer Untersuchung zum Zusammenhang von Multimorbidität und Lebensqualität älterer Menschen ein inverses Verhältnis von Anzahl der Erkrankungen und körperbezogenen Dimensionen der Lebensqualität (gemessen mit dem Nottingham Health Profile: Hunt et al., 1985). Für die sozialen und psychologischen Dimensionen trat diese gegenläufige Beziehung jedoch erst bei erheblichen gesundheitlichen Einschränkungen auf, nämlich bei vier oder mehr Diagnosen. Auch Michelson, Bolund und Brandberg (2001) kamen in einer Studie zu Multimorbidität und Lebensqualität in der Schwedischen Allgemeinbevölkerung zu ähnlichen Ergebnissen in Bezug auf den älteren Teil der Population. Mit einer steigenden Zahl von Erkrankungen sank die Lebensqualität (gemessen mit dem EORTC QLQ-C30: Sprangers, Cull, Bjordal, Groenvold & Aaronson, 1993) der Befragten zwischen 60 und 79 Jahren deutlich ab. Wurde jedoch zwischen körperbezogenen und emotionalen Aspekten der Lebensqualität differenziert, so zeigten die Befragten trotz schlechteren Gesundheitszustandes ein normales bis positives „emotionales Funktionsniveau“. Wensing, Vingerhoets und Grol (2001) kamen in einer Studie mit dem SF-36 (Ware & Sherbourne, 1992) zu dem Ergebnis, dass Gesundheitsprobleme und Komorbiditäten bedeutend bessere Prädiktoren für die physischen Dimensionen als für die mentalen Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität seien. Bestätigung finden diese exemplarisch dargestellten Ergebnisse in einer Übersichtsarbeit von Fortin et al. (2004), welche den Zusammenhang zwischen mehrfachen Erkrankungen und gesundheitsbezogener Lebensqualität thematisiert. Trotz Einschränkungen der Vergleichbarkeit der untersuchten Studien (auf Grund eines mangelnden Konsens' bezüglich der Definition von Multimorbidität) finden die Autoren über alle betrachteten Untersuchungen hinweg einen umgekehrten Zusammenhang zwischen der Anzahl der Diagnosen und den körperbezogenen Dimensionen von Lebensqualität. Soziale, emotionale und psychologische Bereiche sind indessen in den meisten Fällen erst bei

deutlich erhöhter Anzahl der Erkrankungen, also vermutlich sehr starker körperlicher Beeinträchtigung, betroffen (vgl. Fortin, Bravo, Hudon, Lapointe, Almirall, Dubois et al., 2006). Angesichts der Kenntnisse zur Anpassungsfähigkeit alter Menschen (vgl. Abschnitt 1.3.6.1) verwundert es nicht, dass für den Einzelnen Gesundheitseinschränkungen zunächst nur auf der Ebene der Selbstbewertung des Gesundheitszustandes, nicht jedoch auf der des Wohlbefindens oder der sozialen Beziehungen spürbar werden.

#### *1.3.6.4 Die Bedeutung spezifischer Lebensbereiche im Alter*

Mit zunehmendem Alter verändern sich viele Ebenen der Lebenssituation eines Menschen, z. B. soziale Rollen, gesundheitliche Situation, Zeit- und Zukunftsperspektiven, soziale Beziehungen und Partnerschaft. Die vor allem im Zusammenhang mit erfolgreichem Altern diskutierten Gewinne und Verluste im Alter wirken in starkem Maße auf die Grenzen und Möglichkeiten der individuellen Lebensgestaltung und Entwicklung ein. Die oben diskutierte Anpassungsfähigkeit des Selbst ermöglicht es dem Einzelnen, mit dieser Verschiebung der objektiv gegebenen Möglichkeiten und Entwicklungsperspektiven mehr oder weniger erfolgreich umzugehen. Ein bedeutsamer Mechanismus der Anpassung ist die Neuausrichtung des eigenen Ziel- und Wertesystems durch eine Verschiebung der Wichtigkeit seiner Elemente (Baltes & Baltes, 1990a; Brandtstädter & Rothermund, 1994; Schindler, Staudinger & Nesselroade, 2006; Staudinger et al., 1996). Altersspezifische Studien zur Bedeutsamkeit von Lebensbereichen können einen Einblick in die querschnittliche Struktur der individuellen Wertesysteme im Alter geben.

Eine Verschiebung der Wertigkeit einzelner Lebensbereiche im Vergleich zu jüngeren Kohorten spiegelt sich vermutlich auch in der Bewertung der Zufriedenheit mit dem eigenen Leben. Eine zunehmende Betonung „sinnbezogener“ im Gegensatz zu „handlungsbezogenen“ Ressourcen im Alter kann Quellen positiver Erfahrungen und selbstwertdienlichen Kompetenzerlebens trotz objektiver Einschränkungen und Risiken eröffnen (Brandtstädter, Meiniger & Gräser, 2003; vgl. Ryff, 1989a). In diesem Sinne tragen gesundheitliche bzw. funktionelle Einschränkungen und soziale Veränderungen (z. B. Rente, Umzug oder auch Todesfälle im Freundes- und Familienkreis), vermittelt durch kognitive Adaptationsprozesse, zur interindividuellen Heterogenität der Bedeutung von Lebensbereichen im Alter erheblich bei.

In Tabelle 4 sind neun Studien aus jüngerer Zeit im Überblick dargestellt, welche die individuellen Vorstellungen älterer Menschen zu ihrer Lebensqualität und ihrem

Wohlbefinden thematisieren (vgl. auch Brandtstädter et al., 2003). In der Zusammenschau treten folgende Muster in den Vordergrund: Allgemein nimmt die Bedeutung der beruflichen Arbeit bei älteren Menschen stark ab, da die wenigsten Personen im Rentenalter noch einer regelmäßigen Beschäftigung nachgehen. Gute Kontakte zur Familie und zu Freunden erlangen demgegenüber in vielen Fällen eine hohe Priorität; obgleich sich das soziale Netzwerk im Alter quantitativ reduziert, gewinnt die Qualität der sozialen Kontakte großes Gewicht (vgl. Carstensen, 1995; Carstensen, Fung & Charles, 2003). Gleichzeitig sind erfüllende soziale Rollen und soziale Partizipation nach eigenem Bekunden wichtige Faktoren für die Lebensqualität älterer Menschen. In einigen Studien werden zudem Selbstbestimmtheit und Unabhängigkeit besonders thematisiert. Die eigene Gesundheit und Mobilität besitzt meistens einen hohen Stellenwert, jedoch keineswegs die höchste Priorität. Bedeutsam sind auch sozial-räumliche Bedingungen, wie beispielsweise die eigene Wohnung, die Wohngegend und die Infrastruktur. Der Zugang zu den unterschiedlichen Akteuren und Institutionen des Gesundheitssystems stellt aus Sicht der älteren Menschen ebenfalls eine wichtige Einflussgröße dar. Schließlich gewinnt die Beschäftigung mit religiösen, philosophischen und „geistigen“ Themen an Bedeutung.

Diese Befunde stützen zum Teil die dargestellten Theorien zur Anpassung im Alter. Beispielsweise ist im Sinne des SOK-Modells eine Verschiebung der Prioritäten auf Bereiche mit bestehender Handlungskompetenz der Lebenszufriedenheit dienlich ist (vgl. Baltes & Baltes, 1990a; Heckhausen, 1997). Es gibt jedoch auch Studien mit interessanten gegenläufigen Ergebnissen: Bowling et al. (2003) fanden eine Tendenz der befragten älteren Menschen, diejenigen Dinge im Leben besonders wertzuschätzen, die ihnen verloren gegangen waren (z. B. Gesundheit, soziale Sicherheit). Es bleibt offen, ob diese „hartnäckige Zielverfolgung“ im Brandtstädter'schen Sinne (Brandtstädter & Rothermund, 2002) ein Artefakt des Frageformats darstellt oder ob auch selbstwertabträgliche Wahrnehmungen stärker als bisher angenommen in den Selbstrepräsentationen und Wertesystemen älterer Menschen präsent sind. Zudem treten in einigen Studien Dimensionen in den Vordergrund, die in vielen Fragebögen zur Lebensqualität unterrepräsentiert sind: die eigene Wohnung, das Versorgungssystem oder gesellschaftspolitische Partizipation. Möglicherweise speist sich die Wahrnehmung von Lebensqualität und Wohlbefinden im Alter gerade auch aus solchen Bereichen, deren Bewertung direkt oder indirekt das Erleben von Unabhängigkeit und Selbstbestimmung (z. B. eigene

Wohnung, gesellschaftliche Teilhabe) oder Abhängigkeiten (z. B. Gesundheitsversorgung, Infrastruktur) zum Inhalt haben (vgl. Baltes et al., 1996).



Tabelle 4 Studien zu subjektiven Vorstellungen älterer Menschen hinsichtlich Lebensqualität und Wohlbefinden

Studie	Stichprobe	Fragestellung(en); Häufigkeit/Prozent benannter Dimensionen (wenn angegeben); Anmerkungen
(Borglin, Edberg & Hallberg, 2005)	<p>N = 11 w = 6, m = 5</p> <p>80-85 Jahre</p>	<p><i>Themenzentrierte Interviews: „I am interested to hear about your thoughts, feelings, and experience of the good life/quality of life and how it has influenced you. I would like you to narrate positive, negative, and neutral aspects.“</i></p> <p><u>Life values</u>                      Living in the present                      Living at the end of life                      Accepting and adjusting</p> <p><u>Recollection of previous life</u>                      Reminiscing</p> <p><u>Significant others</u>                      Staying together as opposed to losing a part of oneself                      Being involved as opposed to being left out</p> <p><u>Material wealth</u>                      Having freedom as opposed to having limitations</p> <p><u>Health</u>                      Being independent as opposed to being dependent                      Being aware of the inevitable                      Keeping control as opposed to losing control over body and/or mind</p> <p><u>Home</u>                      Having home as an integrated part of oneself</p> <p><u>Activities</u>                      Participating in life                      Enjoying life                      Giving meaning to the day</p> <p><i>Anmerkung: ST sind nicht pflegebedürftig und leben zu Hause in einer schwedischen Großstadt.</i></p>

Fortsetzung Tabelle 4

(Bowling, 1995)	n = keine Angaben (siehe Anmerkungen)	<i>Offene Frage zu „things regarded as important (good or bad)“ und individuelle Rangordnung der genannten Bereiche im Rahmen einer umfassenderen Befragung zur Lebensqualität. Auf den Rängen 1-5 der wichtigsten Bereiche (frei generiert):</i>																																										
	65 Jahre und älter	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th colspan="2" style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><i>Altersgruppe</i></th> </tr> <tr> <th></th> <th style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><i>65- 74</i></th> <th style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;"><i>75+</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Relationships with family/relatives</td> <td style="text-align: center;">47%</td> <td style="text-align: center;">46%</td> </tr> <tr> <td>Relationships with other people</td> <td style="text-align: center;">12%</td> <td style="text-align: center;">16%</td> </tr> <tr> <td>Own health</td> <td style="text-align: center;">65%</td> <td style="text-align: center;">60%</td> </tr> <tr> <td>Health of someone close/responsible for</td> <td style="text-align: center;">32%</td> <td style="text-align: center;">26%</td> </tr> <tr> <td>Financial security</td> <td style="text-align: center;">48%</td> <td style="text-align: center;">35%</td> </tr> <tr> <td>Environment</td> <td style="text-align: center;">7%</td> <td style="text-align: center;">10%</td> </tr> <tr> <td>Conditions at work/job</td> <td style="text-align: center;">2%</td> <td style="text-align: center;">0%</td> </tr> <tr> <td>Availability of work/able to work</td> <td style="text-align: center;">4%</td> <td style="text-align: center;">4%</td> </tr> <tr> <td>Social life/leisure activities</td> <td style="text-align: center;">22%</td> <td style="text-align: center;">20%</td> </tr> <tr> <td>Religion/spiritual</td> <td style="text-align: center;">6%</td> <td style="text-align: center;">6%</td> </tr> <tr> <td>Education</td> <td style="text-align: center;">1%</td> <td style="text-align: center;">1%</td> </tr> <tr> <td>Other (crime, politics/government, happiness/subjective well-being, unspecified, sex life etc.)</td> <td style="text-align: center;">14%</td> <td style="text-align: center;">15%</td> </tr> </tbody> </table>			<i>Altersgruppe</i>			<i>65- 74</i>	<i>75+</i>	Relationships with family/relatives	47%	46%	Relationships with other people	12%	16%	Own health	65%	60%	Health of someone close/responsible for	32%	26%	Financial security	48%	35%	Environment	7%	10%	Conditions at work/job	2%	0%	Availability of work/able to work	4%	4%	Social life/leisure activities	22%	20%	Religion/spiritual	6%	6%	Education	1%	1%	Other (crime, politics/government, happiness/subjective well-being, unspecified, sex life etc.)	14%
	<i>Altersgruppe</i>																																											
	<i>65- 74</i>	<i>75+</i>																																										
Relationships with family/relatives	47%	46%																																										
Relationships with other people	12%	16%																																										
Own health	65%	60%																																										
Health of someone close/responsible for	32%	26%																																										
Financial security	48%	35%																																										
Environment	7%	10%																																										
Conditions at work/job	2%	0%																																										
Availability of work/able to work	4%	4%																																										
Social life/leisure activities	22%	20%																																										
Religion/spiritual	6%	6%																																										
Education	1%	1%																																										
Other (crime, politics/government, happiness/subjective well-being, unspecified, sex life etc.)	14%	15%																																										
<i>Anmerkung:</i> Teilstichprobe der Personen von 65 Jahren und älter der monatlichen nationalen Stichprobe des OPCS Omnibus Survey aus Großbritannien zu einem Messzeitpunkt (N = 2031). ST leben zu Hause in Großbritannien.																																												

Fortsetzung Tabelle 4

<p>(Bowling et al., 2003)</p>	<p>N = 999  n (65-74) = 624  n (75+) = 375  w = 480, m = 519</p> <p>65 und älter</p>	<p><i>Offene Fragen zu konstituierenden Elementen der Lebensqualität im Rahmen eines umfassenderen, teilstrukturierten Interviews zu individuellen Vorstellungen zur Lebensqualität älterer Menschen.</i></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>“good things give quality”</th> <th>“bad things take quality”</th> <th>“mentioned good or bad”</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Social relationships</td> <td>81%</td> <td>12%</td> <td>83%</td> </tr> <tr> <td>Social roles &amp; activities</td> <td>60%</td> <td>1%</td> <td>62%</td> </tr> <tr> <td>Other activities done alone</td> <td>48%</td> <td>2%</td> <td>49%</td> </tr> <tr> <td>Health</td> <td>44%</td> <td>50%</td> <td>76%</td> </tr> <tr> <td>Psychological</td> <td>38%</td> <td>17%</td> <td>49%</td> </tr> <tr> <td>Home &amp; neighbourhood</td> <td>37%</td> <td>30%</td> <td>54%</td> </tr> <tr> <td>Financial circumstances</td> <td>33%</td> <td>23%</td> <td>50%</td> </tr> <tr> <td>Independence</td> <td>27%</td> <td>4%</td> <td>30%</td> </tr> <tr> <td>Other/miscellaneous</td> <td>8%</td> <td>29%</td> <td>35%</td> </tr> <tr> <td>Society/politics</td> <td>1%</td> <td>16%</td> <td>16%</td> </tr> </tbody> </table> <p><i>Anmerkung:</i> Nationale Stichprobe von zu Hause lebenden Menschen über 64 Jahren in Großbritannien.</p>		“good things give quality”	“bad things take quality”	“mentioned good or bad”	Social relationships	81%	12%	83%	Social roles & activities	60%	1%	62%	Other activities done alone	48%	2%	49%	Health	44%	50%	76%	Psychological	38%	17%	49%	Home & neighbourhood	37%	30%	54%	Financial circumstances	33%	23%	50%	Independence	27%	4%	30%	Other/miscellaneous	8%	29%	35%	Society/politics	1%	16%	16%
	“good things give quality”	“bad things take quality”	“mentioned good or bad”																																											
Social relationships	81%	12%	83%																																											
Social roles & activities	60%	1%	62%																																											
Other activities done alone	48%	2%	49%																																											
Health	44%	50%	76%																																											
Psychological	38%	17%	49%																																											
Home & neighbourhood	37%	30%	54%																																											
Financial circumstances	33%	23%	50%																																											
Independence	27%	4%	30%																																											
Other/miscellaneous	8%	29%	35%																																											
Society/politics	1%	16%	16%																																											
<p>(Browne et al., 1994)</p>	<p>N = 56</p> <p>65-90 Jahre (t1)  M = 73,7 Jahre (t1)</p>	<p><i>Im Rahmen eines individualisierten Fragebogens zur Lebensqualität (SEIQoL) genannte Dimensionen der Lebensqualität zu t1 und t2 (12 Monate später).</i></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>t1</th> <th>t2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Family</td> <td>89%</td> <td>89%</td> </tr> <tr> <td>Social and leisure activities</td> <td>95%</td> <td>59%</td> </tr> <tr> <td>Health</td> <td>91%</td> <td>87%</td> </tr> <tr> <td>Living conditions</td> <td>80%</td> <td>89%</td> </tr> <tr> <td>Religion</td> <td>75%</td> <td>84%</td> </tr> <tr> <td>Independence</td> <td>16%</td> <td>14%</td> </tr> <tr> <td>Finances</td> <td>25%</td> <td>43%</td> </tr> <tr> <td>Relationships</td> <td>18%</td> <td>21%</td> </tr> <tr> <td>Work</td> <td>5%</td> <td>7%</td> </tr> <tr> <td>Happiness</td> <td>5%</td> <td>5%</td> </tr> </tbody> </table> <p><i>Anmerkung:</i> ST sind gesunde Ältere, d. h. aktuell keine verschreibungspflichtigen Medikamente, nicht in medizinischer Behandlung und ohne chronische oder akute Erkrankungen. Alle ST leben unabhängig zu Hause im Großraum Dublin, Irland.</p>		t1	t2	Family	89%	89%	Social and leisure activities	95%	59%	Health	91%	87%	Living conditions	80%	89%	Religion	75%	84%	Independence	16%	14%	Finances	25%	43%	Relationships	18%	21%	Work	5%	7%	Happiness	5%	5%											
	t1	t2																																												
Family	89%	89%																																												
Social and leisure activities	95%	59%																																												
Health	91%	87%																																												
Living conditions	80%	89%																																												
Religion	75%	84%																																												
Independence	16%	14%																																												
Finances	25%	43%																																												
Relationships	18%	21%																																												
Work	5%	7%																																												
Happiness	5%	5%																																												

Fortsetzung Tabelle 4

(Farquhar, 1995a)	N = 204 städtisch: n(65-84) = 66 n(85+) = 68 ländlich: n(65+) = 70  Alter: 65+	<i>Offene Fragen zur eigenen Lebensqualität im Rahmen einer umfangreicheren Fragebogenbatterie zu Lebensqualität im Alter:</i>								
		<i>„What things give your life quality?“</i>			<i>“What would make the quality of your life better?“</i>					
			<i>urban</i>		<i>rural</i>		<i>urban</i>		<i>rural</i>	
			<i>65-84</i>	<i>85+</i>	<i>65-84</i>		<i>65-84</i>	<i>85+</i>	<i>65-84</i>	
		Nothing	2	8	-	Nothing	19	7	15	
		Family	26	23	34	More mobile/able	7	27	11	
		Activities	15	20	34	Better health	6	12	15	
		Other social contacts	15	17	15	Move house	20	9	12	
		Health	23	7	17	Company	6	8	2	
		Material circumstances	15	7	15	Material circumstances	22	7	24	
	<i>“What things take quality away from your life?“</i>			<i>“What would make the quality of your life worse?“</i>						
	<i>urban</i>		<i>rural</i>		<i>urban</i>		<i>rural</i>			
	<i>65-84</i>	<i>85+</i>	<i>65-84</i>		<i>65-84</i>	<i>85+</i>	<i>65-84</i>			
Nothing	4	9	15	Losing anything	2	4	-			
Reduced social contacts	20	22	22	Losing family	34	27	39			
Ill health		11	18	12	Immobility/housebound	9	15	24		
Helplessness/immobility	4	14	10	Ill health		15	14	15		
Housebound	4	11	-	Losing home/income	7	10	5			
Material circumstances	26	7	10							
Miserable/unhappy	7	7	10							
<p><i>Anmerkung:</i> Alle Angaben sind absolute Häufigkeitswerte.                  ST leben zu Hause, entweder städtisch (Hackney, London, UK) oder ländlich (Braintree, Essex, UK).</p>										

Fortsetzung Tabelle 4

<p>(Fliege &amp; Philipp, 2000)</p>	<p>N = 26 w = 14, m = 12  65-74 Jahre M = 69,8 Jahre</p>	<p><i>Halbstandardisierte Interviews zu konstituierenden Elementen von Glück (n = 13) bzw. Lebensqualität (n = 13):</i></p>	
		<p><u>Personale Ressourcen</u></p>	<p><u>Aktivitäten</u></p>
		<p>Gesundheit hohe allgemeine Leistungsfähigkeit positive Einstellungen und Bewertungen positive Befindlichkeit/Zufriedenheit ethisch-religiöse Orientierung Rückblick/Bilanzierung Vorausblick/Hoffnung andere personale Ressourcen</p>	<p>Erfüllung einer Aufgabe Ausgefüllter Tages-/Wochenablauf Freizeitbeschäftigung Reisen/Urlaub/Kur Mobilität/Flexibilität Freiheit der Lebensgestaltung</p>
		<p><u>Soziale Ressourcen und Interaktionen</u></p>	<p><u>Materielle Ressourcen und Umwelt</u></p>
		<p>Familie Partnerschaft außerfamiliäre Interaktion Unabhängigkeit Alleinsein/Einsamkeit gesellschaftspolitische Verhältnisse</p>	<p>Wohnung/Haus Lebensfreude/Natur finanzielle Ressourcen materielle Güter</p>
			<p><u>Definitorsche Aspekte</u></p>
			<p>Abstrakte Umschreibungen/Zuschreibungen Glück bzw. Lebensqualität als Kontrasterleben Glück bzw. Lebensqualität als Abwesenheit/Gegenteil von Unglück</p>
<p><i>Anmerkung:</i> ST mit relativ gutem Gesundheitszustand und weitgehend eigenständiger Lebensführung aus Trier.</p>			

Fortsetzung Tabelle 4

(Mountain, Campbell, Seymour, Primrose & Whyte, 2004)	N = 60	<i>Erfassung der individuell für Lebensqualität bedeutsamen Bereiche im Rahmen des SEIQoL (Joyce et al., 2003)</i>	
	w = 36, m = 24		
	65-95 Jahre	<u>Lebensbereich</u>	Häufigkeit
	M = 81 Jahre	Family	54
		Health	35
		Hobbies/leisure activities	32
		Home	26
		money	25
		Relationship with spouse	18
		Friends	18
		Work	12
		Religion	9
		mobility	9
	Social activities	8	
	Neighbours	7	
	Pets, sex, love, carer	<5	
<i>Anmerkung: ST rekrutiert aus Neueinweisungen einer geriatrischen Krankenhausabteilung.</i>			

Fortsetzung Tabelle 4

(Richard et al., 2005)	N = 72 (w = 53, m = 19)	<i>Acht Fokusgruppen (n = 8-10) zu „issues related to health and quality of life“:</i>			
	50-89 Jahre	<i>Factors positively related to quality of life</i>		<i>Factors negatively related to quality of life</i>	
		<u>Intrapersonal factors</u>	<u>n</u>	<u>Intrapersonal factors</u>	<u>n</u>
		Health and independence	8	Financial problems/poverty	4
		Financial security	8	Health problems and loss of independence	2
		Self-determination	6	Addictions	2
		Opportunities for personal growth and learning	6	Difficulties in adapting to retirement	2
		Personal activities / active lifestyle	6	Negative personal attitude/self-perception	1
		Positive personal attitude	5		
		Personal qualities and capacities	5	<u>Interpersonal factors</u>	
		Spiritual/religion	4	Isolation, lack of social support	7
		Life history	3	Negative attitude towards older adults	4
		Luck	2	Difficulties in becoming socially involved	4
				Violence/abuse	3
		<u>Interpersonal factors</u>			
		Human contacts and social network	7	<u>Organizational factors</u>	
		Feeling useful/accepted; having a place in society	7	Medication costs	6
		Social activities/involvement	7	Deterioration of the health system	4
		Balance and variety of activities	2	Tendency towards over-medication	2
		Linguistic integration	2		
		<u>Community factors</u>		<u>Community factors</u>	
		Availability of seniors' centres	7	Lack of affordable, quality housing	8
		Easy access to services and resources	6	Poor quality of the regular/adapted transit system	4
		Accessibility and proximity of services	6	Lack of access to adapted housing	3
		Accessibility/quality of housing	6	Overloaded volunteer work	4
		Pleasant, healthy and clean neighbourhood	5	Difficulties in getting around the city (environmental barriers)	3
		Accessibility/quality of public transportation	3	Automation of services	2
		Safe environment	2	Climate of fear and insecurity	2
		<u>Organizational factors</u>		<u>Political factors</u>	
		Quality and accessibility of health care services	6	Inadequate old age pension	7
		Home-care services	5	Questionable government financing priorities and actions	5
		Respect/consideration by health care workers	2	Little decision-making power; feelings of powerlessness	5
		Accessibility of medication	1		

Fortsetzung Tabelle 4

		<p><u>Political factors</u></p> <p>Having decision-making power 5</p> <p>Adequate income 3</p>	<p>(Forts. <i>political factors</i>)</p> <p>High levels of taxation 4</p> <p>Government loss of power 3</p> <p>Little or no consultation on important issues affecting populations 3</p> <p>Abusive coercion by government 2</p> <p><i>Anmerkung:</i> Werte bezeichnen absolute Anzahl der Fokusgruppen, in denen der jeweilige Faktor genannt wurde. ST sind relativ gesunde Teilnehmer von Seniorengruppen in Montreal, Kanada.</p>
(Ryff, 1989b)	<p>N = 102 (w = 61, m = 41)</p> <p>M = 73,5 Jahre</p>	<p><i>Strukturiertes Interview zu Sichtweisen auf psychologisches Wohlbefinden, das unter anderem folgende Fragen enthielt:</i></p> <p>„What is most important to you in your life at the present time?“</p> <p>Family ~ 60%</p> <p>Health ~ 51%</p> <p>Activities ~ 39%</p> <p>Friendships ~ 20%</p> <p>Philosophy ~ 10%</p> <p>Job ~ 5%</p> <p>“What are you unhappy about?“</p> <p>(Nothing ~ 25%)</p> <p>Health (self) ~ 22%</p> <p>Deaths ~ 13%</p> <p>State of world ~ 12%</p> <p>Family problems ~ 10%</p> <p><i>Anmerkung:</i> Alle Werte sind ungefähr, da sie aus Diagrammen übertragen wurden. ST sind relativ gesunde, zu Hause lebende Bewohner einer Stadt im mittleren Westen der USA.</p>	<p>“What would you like to change in yourself or your life?“</p> <p>(Nothing ~ 30%)</p> <p>Health ~ 22%</p> <p>Active self improvement ~ 20%</p> <p>More money ~ 18%</p> <p>More family / friends ~ 17%</p> <p>More accomplishments ~ 5%</p>



### 1.3.7 Empirische Herausforderungen in der Messung von Lebensqualität multimorbider älterer Menschen

Im medizinisch-pflegerischen Kontext nimmt die Messung von Lebensqualität einen besonders hohen Stellenwert ein. Wie in einem früheren Abschnitt bereits dargelegt (vgl. Abschnitt 1.3.1), ist Lebensqualität in gesundheitlichen Kontexten, insbesondere in der geriatrischen Medizin ein bedeutsamer Marker für beispielsweise Therapieerfolg oder Behandlungsqualität (Filipp & Mayer, 2002). Die allgemein verbreitete medizinisch-pflegerische Herangehensweise unterscheidet sich jedoch von psychologischen Konzepten durch eine sehr starke Körper- und Funktionsorientierung bei der Bestimmung von Lebensqualität. Gebräuchlich sind die so genannten generischen Maße, also allgemeine und vorgeblich umfassende Messinstrumente. Sie eignen sich jedoch trotz ihres hohen Verbreitungsgrades nur sehr eingeschränkt dazu, Lebensqualität im Alter bzw. bei mehrfach erkrankten Patienten differenziert abzubilden.

Ein sehr verbreitetes generisches Erhebungsinstrument aus der Medizin ist beispielsweise der SF-36 (*Short Form 36*), die Kurzform einer umfangreichen Erhebung, welche im Rahmen der *Medical Outcome Study* (MOS) durchgeführt wurde (Ware & Sherbourne, 1992). Mittels 36 Fragen werden acht verschiedene Aspekte der Lebensqualität eines Patienten erfasst (z. B. Vitalität, psychisches Wohlbefinden, allgemeiner Gesundheitszustand), die entweder als differenziertes Profil oder summiert als körperliche und psychische Lebensqualität ausgewertet werden können.

Das Beispiel des SF-36 zeigt, dass mittels eines generischen Instruments kaum noch differenzierte Unterscheidungen in der Ausprägung von Lebensqualität älterer mehrfach erkrankter Menschen getroffen werden können: Auf fünf der acht Subskalen des SF-36 fanden sich Bodeneffekte, als Andersen et al. (Andersen et al., 1999) den Fragebogen bei kognitiv nicht eingeschränkten Pflegeheimbewohnern einsetzten. Insgesamt schnitten die Teilnehmer auf den Subskalen zur geistigen Gesundheit deutlich besser ab als auf denen der körperlichen Gesundheit. Auch Stadnyk et al. (1998) dokumentierten bei einer Stichprobe Hochbetagter Bodeneffekte und damit innerhalb dieser Teilpopulation mangelnde Variabilität der Antworten bei den stärker funktionsbezogenen Subskalen des SF-36. Beide Autoren weisen zudem auf unzureichende Reliabilität und Validität des Instruments für ältere Mehrfacherkrankte hin (vgl. Seymour et al., 2001). Auch andere Studien belegen das Risiko von Bodeneffekten für ältere Teilnehmer, wenn auch teilweise nicht so stark ausgeprägt (Brazier, Walters, Nicholl &

Kohler, 1996; Hill, Harries & Popay, 1996). Insgesamt steht vor allem die Inhaltsvalidität von generischen Fragebögen in der Kritik: Potenziell für die Lebensqualität älterer Menschen wichtige Bereiche werden nicht abgefragt, während einige der vorgegebenen Themen, wie beispielsweise „Arbeit“, lediglich eine untergeordnete Bedeutung für die Zielpopulation besitzen (Andersen et al., 1999; Stadnyk et al., 1998; vgl. Bowling et al., 2003; Ryff, 1989b). Auch qualitative Untersuchungen lenken das Augenmerk auf die Problematik der Inhaltsvalidität: Zahlreiche ältere Studienteilnehmer weisen auf die mangelnde Bedeutsamkeit einiger Items für ihre Lebensqualität hin (Mallinson, 1998, 2002). In diesem Kontext ist ein weiterer grundsätzlicher Kritikpunkt die stabile relative Gewichtung der in einem Instrument abgefragten Bewertungsdimensionen zueinander. Im Krankheitsverlauf kann es zu einer Verschiebung der relativen Bedeutsamkeit einzelner Dimensionen kommen (Bernhard, Lowy, Mathys, Herrmann & Hürny, 2004). Wie auch schon aus den Überlegungen zur Anpassungsfähigkeit und Wertigkeit von Lebensbereichen (vgl. Abschnitte 1.3.6.1 und 1.3.6.4) hervorgeht, sind individuelle Vorstellungen und Überzeugungen zur Lebensqualität, wie zu jedem anderen Bereich ebenfalls (vgl. Rokeach, 1985), in Abhängigkeit von der momentanen Situation Schwankungen unterworfen. Daher bilden Messinstrumente mit fixen Dimensionen und Gewichtungen den Gegenstandsbereich für einzelne Personen zu verschiedenen Messzeitpunkten u. U. sehr unterschiedlich gut ab. Untersuchungen zur Verteilung fehlender Werte (Brazier et al., 1996; Hayes, Morris, Wolfe & Morgan, 1995) und qualitative Auswertungen von Kommentaren befragter älterer Menschen unterstreichen die diesbezüglichen Schwächen generischer Instrumente (Mallinson, 1998, 2002).

Browne et al. (1994) fassen einige der bisher dargestellten Einwände treffend zusammen: “Existing QOL instruments for the elderly tend to *focus on deterioration in functioning* according to a *predetermined model of quality of life* in old age. Such an approach will *underestimate the QOL of an elderly person* if it focuses exclusively on domains in which function is deteriorating, rather than on those *domains which the individual considers particularly relevant.*” (S. 237; Hervorhebungen vom Autor).

Die hier vorgebrachten Einwände gelten in dieser Form in erster Linie für Messinstrumente aus dem medizinisch-pflegerischen Bereich mit ihrer Fixierung auf die physischen Aspekte der Lebensqualität. Aus psychologischer Perspektive stehen Erleben und Reflexion im Mittelpunkt des Interesses – Lebensqualität wird fast immer primär über Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden erschlossen (vgl. Diener & Suh, 1997a). Der

Einwand gegen eine a priori Festlegung der Bewertungsdimensionen und ihrer Gewichtung greift jedoch auch bei „psychologischen“ Fragebögen zur Lebenszufriedenheit. Weiter oben wurde eine große empirische Variabilität von bedeutsamen Lebensbereichen im Alter dargestellt, sowohl hinsichtlich des Inhalt als auch der Bedeutsamkeit der jeweiligen Bereiche oder Themen (Abschnitt 1.3.6.4). Nimmt man die Implikationen ernst, die sich allein aus der empirischen Befundlage ergeben, sollte die Annäherung an Lebensqualität so idiografisch wie möglich erfolgen – eine Festlegung der Bewertungsdimensionen reduziert den möglichen Informationsgehalt beträchtlich. Das gilt selbst dann, wenn die spezifischen Bereiche theoretisch und/oder empirisch begründet ausgewählt wurden (vgl. beispielsweise Fahrenberg, Mytek, Schumacher & Brähler, 2000). Selbstverständlich ist diese Einsicht nicht neu, und so wurden verschiedene Ansätze entwickelt, die der individuellen Perspektive der Befragten ein noch stärkeres Gewicht verleihen. Pavot und Diener (1993b) entwickelten beispielsweise die Satisfaction with Life Scale (SWLS), einen Fragebogen zur Lebenszufriedenheit, der anhand von fünf globalen Fragen Lebenszufriedenheit unter Einbeziehung der subjektiven Standards des einzelnen Befragten erfassen soll. Dem Vorgehen liegen folgende Annahmen zugrunde: *„Individuals are [...] likely to have unique criteria for ‚success‘ in each of [...] the] areas of their lives. [...] The Satisfaction with Life Scale items [...] allow] respondents to weight domains of their lives in terms of their own values, in arriving at a global judgement of life satisfaction“* (Pavot & Diener, 1993b, S. 164). Die individuellen Kriterien sollen gerade wegen der Allgemeinheit der Frageformulierungen besonders stark zum Tragen kommen. Die SWLS vergrößert tatsächlich den individuellen Freiraum innerhalb der Erhebungssituation erheblich, ist jedoch mit genau den Problemen konfrontiert, die für die meisten globalen Urteile zur Lebenszufriedenheit gelten: Die momentane Affektlage wird einen deutlichen Einfluss auf die abgegebene Bewertung haben (Schwarz & Strack, 1991; vgl. Abschnitt 1.3.5.2).

Neben diesen vorwiegend empirischen Argumenten für eine Maximierung der Subjektivität in der Erfassung von Lebensqualität lässt sich darüber hinaus theoretisch argumentieren. Es gibt unterschiedliche Ansätze, welche die subjektive Konstruktion individuell wahrgenommener Wirklichkeit thematisieren. Diese reichen von eher abstrakten, epistemologischen Positionen (z. B. Maturana & Varela, 1987; von Glasersfeld, 1997; vgl. Schmidt, 2003) hin zu konkreten Modellen der individuellen Wirklichkeitsgenese (z. B. Kelly, 1955/1991). Vor allem letztere können mit zur Begründung eines individualisierten Herangehens bei der Erhebung von Lebensqualität

beitragen. So postuliert beispielsweise George A. Kelly, jeder Mensch verfüge über ein individuelles System von internalen Repräsentationen oder Bedeutungszuschreibungen zu zentralen Begriffen und Begebenheiten des Lebens (Kelly, 1955/1991). Er bezeichnet diese als „persönliche Konstrukte“, welche die individuelle Semantik einer Person bzw. ihre individuelle Wirklichkeitskonstruktion widerspiegeln und durch die von ihm entwickelte Methode des „repertory grid“ zugänglich gemacht werden können. Das Verfahren, wie auch die gesamte Theorie der personalen Konstrukte, wird schwerpunktmäßig in der Psychotherapie eingesetzt und weiter entwickelt (vgl. Fay, 2003; Jankowicz, 1987). In Kellys Sinn kann davon ausgegangen werden, dass auch „Lebensqualität“ für jeden Menschen eine subjektive, individuelle semantische Ebene besitzt, deren Kenntnis möglicherweise fundamentale Unterschiede in der Bedeutungskonstruktion dieses Begriffs enthüllt. Leider ist die Methode des „repertory grid“ vergleichsweise aufwändig und setzt ein sehr hohes Reflektionsvermögen der Person voraus. Ein Versuch, dieses Verfahren zur quantitativen Bestimmung von Lebensqualität zu verwenden (Thunedborg, Allerup, Bech & Joyce, 1993), wird von Patel, Veenstra und Patrick (2003) als nicht gelungen bewertet – für ältere Menschen ist das Verfahren vermutlich in jedem Fall ungeeignet. Dennoch impliziert die Theorie persönlicher Konstrukte einen Bedarf an „individualisierten“ Erhebungsinstrumenten und unterstützt allgemein subjektivistische Ansätze in der Psychologie (vgl. Raskin, 2001).

### 1.3.8 Individualisierte Messung von Lebensqualität

Neben einem allgemeinen Trend in Medizin und Pflege, individuelle Vorstellungen von Patienten bei der Bestimmung von Lebensqualität stärker in den Mittelpunkt zu rücken (z. B. Brenner, 1995; Calman, 1984; Carr & Higginson, 2001; Fuhrer, 2000; Hendry & McVittie, 2004; O'Boyle, 1997), wird in einzelnen Fällen die in der Psychologie weit eher geläufige Perspektive vertreten, dass Zufriedenheit und Wohlbefinden die besten Indikatoren für Lebensqualität seien (Brenner, 1995; Spiro & Bossé, 2000).

Interessanterweise stammen einige der radikalsten subjektivistischen Ansätze in der Erfassung von Lebensqualität aus der Medizin. So existieren mehrere „individualisierte“ Maße der Lebensqualität, die alle nach ähnlichen Prinzipien arbeiten (vgl. Fitzpatrick et al., 1998; Patel et al., 2003). Im Gegensatz zu den meisten anderen im gesundheitlichen Kontext gebräuchlichen Instrumenten sind diese in der Mehrzahl explizit theoriebasiert entwickelt worden. Exemplarisch sollen der *Patient-Generated Index* (PGI: Ruta et al.,

1994; Ruta, Garratt & Russell, 1999) und der *Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life* (SEIQoL: Joyce et al., 2003) dargestellt werden: Die Befragten werden in beiden Fällen aufgefordert, selbst diejenigen Bereiche frei zu benennen (üblicherweise maximal fünf), die nach eigener Einschätzung für ihre Lebensqualität besondere Bedeutung besitzen<sup>4</sup>. Anschließend sollen die Befragten diese Dimensionen bewerten und gewichten. Der Index der Lebensqualität wird aus der Summe dieser gewichteten Bewertungen gebildet. Diese Art von Messung wird im Folgenden als „individualisierte Messung“ bezeichnet (vgl. Fitzpatrick et al., 1998).

Hinsichtlich älterer Befragter weist diese Methode einige Nachteile auf: Der SEIQoL beispielsweise erfordert in der Originalfassung eine sehr aufwändige Gewichtungsprozedur, die für ältere Teilnehmer zu einer „geometrischen“ Gewichtung durch Aufteilung eines Kreisdiagramms in unterschiedlich große Segmente vereinfacht wurde (Browne, O'Boyle, McGee, McDonald & Joyce, 1997). Die Gewichtung der Dimensionen des PGI erfolgt durch die Aufteilung einer vorgegebenen Punktzahl auf die Dimensionen (Ruta et al., 1994), jedoch wurde auch hier aufgrund von Problemen älterer Teilnehmer eine vereinfachte Version erarbeitet (Tully & Cantrill, 2000). Auch in den vereinfachten Versionen der Messinstrumente setzen die Bearbeitungsschritte jedoch nach wie vor eine relativ hohe kognitive Flexibilität voraus. Im Falle des PGI traten bei älteren Menschen gehäuft Probleme mit der freien Generierung der Dimensionen und der Gewichtung auf (Ahmed, Mayo, Wood-Dauphinee, Hanley & Cohen, 2005b; Macduff & Russell, 1998; Tully & Cantrill, 2000). Bei der Bearbeitung des SEIQoL bereitete in einer Untersuchung von Mountain et al. (2004) mehr als einem Viertel der befragten älteren Menschen die Bewertung und fast der Hälfte die Gewichtung der Dimensionen Schwierigkeiten; zudem erwies sich die Durchführung als zu zeitintensiv für den klinischen Routineeinsatz. Die Art der gewonnenen (qualitativen) Daten wird dessen ungeachtet auch von medizinischem Personal als erweiterte Basis zur Entscheidungsfindung und Verbesserung der Patientensituation sehr geschätzt (Macduff, 2000; Mountain et al., 2004; Patel et al., 2003).

Vom methodischen Standpunkt aus bieten individualisierte Maße der Lebensqualität einen erheblichen Vorteil gegenüber vielen herkömmlichen Messmethoden: So folgern Ahmed, Mayo, Wood-Dauphinee, Hanley und Cohen (2005a) im Zuge einer

---

<sup>4</sup> Im PGI wird weiter eingeschränkt, dass die Bereiche in Hinblick auf die aktuelle Erkrankung auch tatsächlich betroffen sein müssen (Ruta et al., 1994).

Vergleichsstudie dreier Erhebungsmethoden der Lebensqualität, dass individualisierte Messungen in Longitudinalstudien einem möglichen *response shift* – der Verschiebung von internen Maßstäben und Bewertungsstandards, die einem Urteil über die eigene Lebensqualität zugrunde liegen – am besten Rechnung tragen. Im Längsschnitt kann es problematisch sein, tatsächliche Veränderungen in der Ausprägung von Lebensqualität von Verschiebungen dieser internen Vergleichsstandards zu trennen: Eine Veränderung der Messwerte kann sowohl durch eine Änderung des gemessenen Konstruktes als auch durch eine Veränderung dieser am Antwortprozess beteiligten Faktoren zustande kommen (vgl. Abschnitt 1.3.6.2). Individualisierte Maße jedoch können durch die individuell variable Bewertungsgrundlage, d. h. die individuelle Dimensionsgenerierung und Gewichtung, einen möglichen *response shift* in die Erhebung mit einbeziehen (Ahmed et al., 2005a; Schwartz & Sprangers, 1999; Sprangers & Schwartz, 1999). Aufgrund der Explikation sämtlicher am Bewertungsprozess beteiligten Faktoren, können diese getrennt betrachtet und evaluiert werden.

Teilt man die Ansicht, dass ein Mensch „je älter, desto individueller wird“ (Hirsch, 2005), so gewinnt die Weiterentwicklung der individuumszentrierten, individualisierten Ansätze eine besondere Bedeutung. Sie spiegeln die Subjektivität des Konstruktes Lebensqualität in hohem Maße und können wertvolle Informationen für eine individuell gestaltete Behandlung und Pflege liefern. Diese Verlagerung des Fokus von „Mittelwerten“ hin zum Subjekt wird auch in Medizin und Pflege, den klassischen Anwendungsfeldern, sehr positiv rezipiert (Carr & Higginson, 2001; Fitzpatrick, 1999; Fuhrer, 2000; Macduff, 2000; Macduff & Russell, 1998).

## **1.4 Der Fragebogen zur Lebensqualität multimorbider älterer Menschen (FLQM)**

### **1.4.1 Theoretische und empirische Grundlagen**

In der vorliegenden Arbeit soll ein Messinstrument für die individualisierte Erhebung der Lebensqualität entwickelt werden, welches auch den Bedürfnissen und Fähigkeiten mehrfach erkrankter älterer Menschen gerecht wird: Der Fragebogen soll kurz gehalten und gut verständlich formuliert sein sowie normative Vergleiche mit Funktions- und Verhaltensstandards vermeiden; die zwar objektiv eingeschränkten, subjektiv jedoch stark diversifizierten Lebenswelten älterer, sehr kranker Menschen sollten berücksichtigt werden. Aus psychologischer sowie aus pragmatischer medizinisch-pflegerischer

Perspektive bietet sich eine Operationalisierung von Lebensqualität über die Zufriedenheit mit dem Leben und den Lebensbedingungen an. Der Fragebogen soll nicht nur für die Befragten, sondern auch die Anwender leicht verständlich sowie in kurzer Zeit durchzuführen und auszuwerten sein, um eine Integration in klinische oder ambulante Routinen zu ermöglichen. Im Folgenden werden die wesentlichen theoretischen Überlegungen und empirischen Befunde, welche der Konstruktion des „Fragebogens zur Lebensqualität multimorbider älterer Menschen – FLQM“ zugrunde liegen, nochmals synoptisch dargestellt.

Unterstellt man, dass „erfolgreiches Altern“ als Synonym für hohe Lebensqualität gelten kann, so ist diese nach einem bekannten Modell in dem Maße erreichbar, in dem ein Mensch es schafft, seine Ziele zu selektieren, die Mittel zur Zielerreichung zu optimieren und vorhandene Defizite zu kompensieren (Baltes & Baltes, 1990a). Erfolgreiches Altern ist also ein Prozess, der stets in einem individuellen Rahmen stattfindet und der den Umgang mit individuellen Grenzen und Möglichkeiten widerspiegelt. Die positive oder negative Ausprägung von Lebensqualität ist aus dieser Perspektive im Erleben und im Einflussbereich des Individuums zu sehen und nur indirekt in den objektiven Gegebenheiten.

Die subjektive Lebenszufriedenheit gilt als ein wichtiger – einigen sogar als wichtigster – einzelner Indikator für Lebensqualität (Diener & Suh, 1997a; Lawton, 1991; Olthuis & Dekkers, 2005; Ryff, 1989a; Veenhoven, 2000). Sie speist sich aus individuell sehr unterschiedlichen Quellen, zeigt also eine differentielle inhaltliche Struktur (Baltes & Baltes, 1990a; Bowling et al., 2002; Campbell et al., 1976; Diener et al., 1999; Ryff, 1989b, 1989b). Es besteht ein Unterschied zwischen einer globalen Frage nach der Zufriedenheit mit dem eigenen Leben insgesamt und einer differenzierten Evaluation der einzelnen Strukturelemente, d. h. bereichsspezifischer Zufriedenheiten. Globale Einschätzungen werden eher von der Affektlage beeinflusst, während konkrete, bereichsspezifische Urteile auf Grundlage komplexerer kognitiver Evaluationen abgegeben werden (Schwarz & Strack, 1991; vgl. Oishi & Diener, 2001; Pavot & Diener, 1993a). Gleichzeitig erweist sich *allgemeine* Lebenszufriedenheit empirisch als außerordentlich stabile Variable, die weitgehend von äußeren Umständen, Alter und objektiver Lebenssituation unabhängig ist (Diener & Suh, 1997a; Staudinger, 2000). Der Informationsgehalt aller relevanten bereichsspezifischen Urteile der Lebenszufriedenheit ist also größer als der eines globalen Urteils. Eine Summenfunktion der

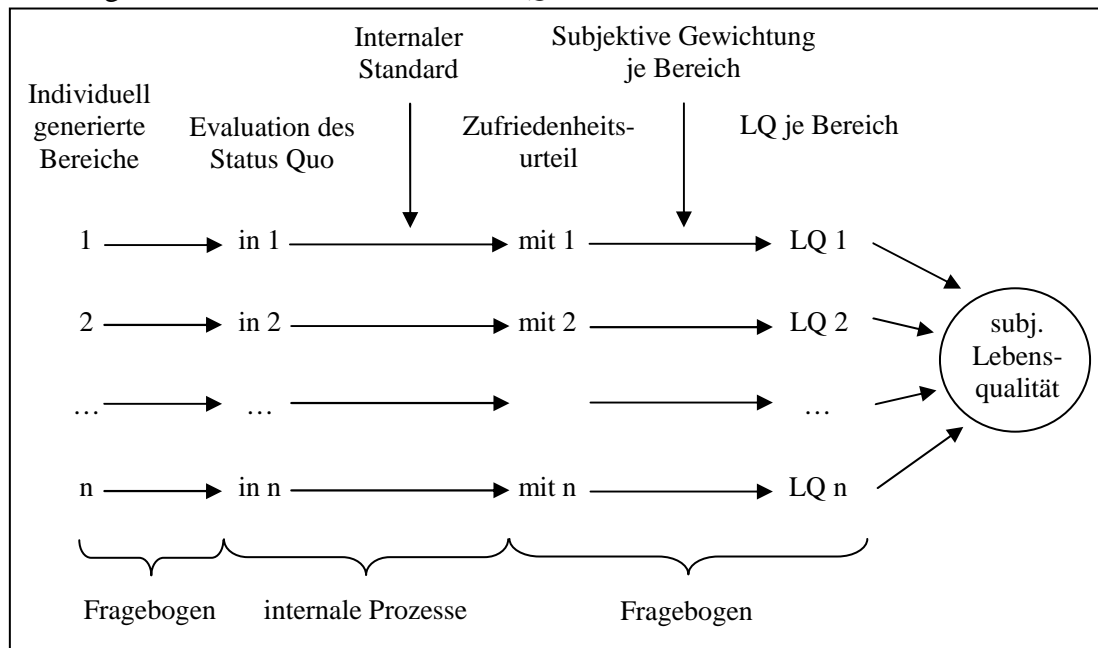
bereichsspezifischen Urteile gilt als guter Prädiktor allgemeiner Lebenszufriedenheit, jedoch wird diskutiert, welche Art der Gewichtung der Summanden die Varianzaufklärung maximieren kann (vgl. Campbell et al., 1976; Rojas, 2006; Smith et al., 1996). Aussagen über die individuelle Struktur von Lebenszufriedenheit, d. h. Kenntnis der individuellen inhaltlichen Dimensionen und ihrer relativen Bedeutsamkeit, werden von Akteuren des Gesundheitswesens als wichtige Informationsquelle für eine patientenzentrierte Versorgung und Behandlung gesehen (Macduff, 2000; Mountain et al., 2004; Patel et al., 2003). Es gibt unseres Wissens bislang keinen validierten Ansatz zur simultanen Erfassung von Lebenszufriedenheit und ihren Bestimmungselementen, der einer geriatrischen Population gerecht würde.

Bei der Bestimmung der Lebensqualität eines alten Menschen gilt es zu bedenken, dass sich die *Wertigkeit* und die *Bedeutsamkeit bestimmter Facetten des Lebens* für eine Person mit dem Alter (und der Situation) verändern (Baltes & Baltes, 1990a; Schindler et al., 2006; Staudinger & Freund, 1998). Junge Menschen zeigen andere Präferenzprofile als ältere Menschen, zudem gibt es über alle Altersgruppen hinweg eine große Heterogenität der Bedeutung, die einzelne Dimensionen oder Lebensbereiche für Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden besitzen. Im Alter ist dies auch ein Spiegelbild der sehr unterschiedlichen Profile von Potenzialen und Risiken.

Auf Grundlage des Modells der Lebensqualität von Campbell et al. (1976) und angelehnt an die Operationalisierungen von Lebensqualität im Rahmen der Fragebögen von Ruta et al. (1994) und Joyce et al. (2003) wurde ein neuer Fragebogen zur Einschätzung der Lebensqualität multimorbider älterer Menschen ohne kognitive Beeinträchtigungen – im Folgenden kurz FLQM – entworfen und in einer Pilotstudie erprobt. Lebensqualität wird innerhalb dieses Fragebogens als rein subjektive Größe konzipiert. Die Operationalisierung subjektiver Lebensqualität erfolgt als primär kognitive (im Gegensatz zur affektiven) Bewertung der Zufriedenheit im Hinblick auf die Übereinstimmung von eigenen Ansprüchen und der Erfüllung dieser Ansprüche innerhalb bestimmter selbst ausgewählter Lebensbereiche. Es handelt sich somit um eine subjektiv bewertete Ist-Soll-Diskrepanz im Rahmen einer maximalen Konkretisierung des Prozesses der Urteilsbildung. Die Strukturannahme zur Urteilsbildung innerhalb des FLQM ist in Abbildung 4 grafisch veranschaulicht.



Abbildung 4 Theoretische Struktur des FLQM



Das Prinzip der freien Generierung von Bewertungsdimensionen der Lebensqualität wurde für jüngere Populationen bereits in mehreren Instrumenten erfolgreich umgesetzt (vgl. Fitzpatrick et al., 1998; Joyce et al., 2003; Ruta et al., 1999). Diese ermöglichen es den Befragten sowohl die Dimensionen, anhand derer Lebensqualität beurteilt werden soll, als auch deren relative Gewichtung zueinander selbst festzulegen. Allerdings sind in den bisherigen Ansätzen sowohl die Prozedur der Dimensionsgenerierung als auch deren Gewichtung für viele ältere, gesundheitlich stark eingeschränkte Menschen zu komplex. „Gesundheitsbezogene Lebensqualität“, im Sinne des subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustandes, ist ein davon klar abgegrenztes Konstrukt (vgl. Moons, 2004; Spiro & Bossé, 2000). Wird Lebensqualität konzeptuell zu stark an subjektive Einschätzungen von Gesundheit und Funktionsfähigkeit gekoppelt, forciert dies eine Dedifferenzierung und Homogenisierung älterer und gesundheitlich mehrfach beeinträchtigter Personen. Die Gleichsetzung von „Lebensqualität“ mit „gesundheitsbezogener Lebensqualität“ ist sowohl unter theoretischen als auch empirischen Gesichtspunkten fragwürdig (vgl. Abschnitt 1.3.3). Der FLQM soll folglich *nicht* als Ersatz für subjektive Maße der Gesundheitseinschätzung oder Therapieevaluation fungieren, sondern ist als ergänzende Maßnahme zu verstehen, zusätzliches Wissen über das Wohlergehen älterer Menschen zu erlangen (vgl. Ahmed et al., 2005b; Macduff, 2000).

Der FLQM generiert sowohl qualitative – welche Lebensbereiche sind für die individuelle Lebensqualität von besonderer Bedeutung? – als auch quantitative Informationen – die Bewertungen und Gewichtungen der einzelnen Lebensbereiche sowie den Gesamtscore. Er soll Hinweise darüber liefern, inwieweit die Befragten in ihrer aktuellen Situation ihnen wichtige Lebensbereiche als ausgefüllt und befriedigend gestaltet erleben. Kenntnisse darüber erleichtern unter anderem eine stärker individuell und ressourcenorientiert ausgerichtete Therapie und Intervention. Zudem werden indirekt Informationen über die Wahrnehmung und Beurteilung der Versorgungsleistungen zugänglich. Ein weiterer Gesichtspunkt ist die im Vergleich zu herkömmlichen Methoden sehr viel umfassendere Information über Ursachen eines *response shift* der Patienten, d. h. einer möglichen Verschiebung ihrer internen Standards, Werte oder Konzepte von Lebensqualität (Ahmed et al., 2005a, 2005b; Schwartz & Sprangers, 1999; Sprangers & Schwartz, 1999). Auch eine Verwendung des Fragebogens zur Evaluation von Behandlungs- oder Betreuungssettings sowie der Versorgungssituation ist denkbar.

#### 1.4.2 Fragebogenentwurf

Das Design des FLQM sieht im Kern vor, dass die befragte Person selbst diejenigen Lebensbereiche benennen und in ihren subjektiven Bedeutsamkeiten gewichten soll, welche zur Beurteilung ihrer Lebensqualität herangezogen werden. In dieser Hinsicht greift er das Grundkonzept der wenigen so genannten „individualisierten“ oder „patientengenerierten“ Indices der Lebensqualität auf (z. B. Joyce et al., 2003; Ruta et al., 1994, 1999): Die Befragten werden aufgefordert, eine gewisse Anzahl von Bereichen zu benennen, die für sie im Hinblick auf ihre aktuelle Erkrankung besondere Bedeutung besitzen; in der Folge sollen sie diese dann bewerten und gewichten. Letztere Prozesse sind bei den bestehenden individualisierten Fragebögen jedoch sehr komplex und langwierig gestaltet und damit der kognitiven Kapazität vieler alter Menschen nicht angemessen. Ebenso stellt die Aufforderung, ad hoc Bereiche zu benennen, welche die Lebensqualität beeinflussen, eine nicht unerhebliche Anforderung an Personen, die möglicherweise nicht im reflexiven Denken geübt sind (Ahmed et al., 2005b). Als Anregung für Lebensbereiche, die in die Beurteilung einfließen könnten, wird deshalb im Rahmen des FLQM den Befragten eine empirisch fundierte Anregungsliste von Bereichen und Themen vorgelegt, an denen sie sich orientieren können (vgl. dazu auch Macduff & Russell, 1998). Sie ist keinesfalls als vollständige Repräsentation aller möglichen relevanten Bereiche zu

verstehen und enthält den expliziten Verweis darauf, dass es sich bei den aufgeführten Themen und Bereichen lediglich um eine Auswahl handelt, die einen breiteren Kontext für die konkrete individuelle Wahl eröffnen soll. Die Anregungsliste wurde anhand einer explorativen qualitativen Voruntersuchung (vgl. Abschnitt 2.2.1) in Form strukturierter Interviews und des Vergleichs der Ergebnisse dieser Vorstudie mit vorhandener Forschungsliteratur entwickelt (vgl. Flick, 2002). Dieses Vorgehen soll insbesondere der Sicherung der Inhalts- und Augenscheinvalidität des FLQM dienen. Darüber hinaus sollen auch die Bewertung und die Gewichtung der individuell benannten Dimensionen der Lebensqualität im FLQM in einer der Zielgruppe angemessenen Weise realisiert werden. Für beide Urteilsprozesse stehen den Teilnehmern sechsstufige Likert-Skalen zur Verfügung, die an die Schulnotenskala erinnern. Eine genaue Beschreibung des FLQM, des Erhebungsmodus sowie der Auswertung wird im folgenden Kapitel in Abschnitt 2.2.2 gegeben.

### **1.5 Ziele dieser Arbeit und forschungsleitende Annahmen**

In den vorangegangenen Abschnitten wurden theoretische Überlegungen und empirische Befunde zur Lebensqualität im Alter unter besonderer Berücksichtigung des Gesundheitszustandes dargelegt. Lebensqualität ist nach verbreitetem Konsens ein multidimensionales theoretisches Konstrukt, welches inhaltlich nur schwer allgemeingültig zu definieren ist (Fillip & Mayer, 2002; Lawton, 1991; Skevington et al., 2004; Veenhoven, 2000). Eine Bestimmung von Lebensqualität in ihrer ganzen Breite sollte multikriterial erfolgen und gleichermaßen personenbezogene wie situative Indikatoren berücksichtigen. Bei einigen Dimensionen der Lebensqualität sind subjektive Einschätzungen weitgehend unabhängig von objektiven Umständen, bei anderen besteht ein enger Zusammenhang. Dies bedeutet, dass die gemessene Ausprägung der Lebensqualität unter anderem davon abhängig ist, welche Bereiche mit welchen Methoden und aus welcher Perspektive bewertet werden. Der Selbstperspektive, d. h. der subjektiven Bewertung der eigenen Situation, sollte eine besondere Stellung zukommen, da lediglich dieser Aspekt der Lebensqualität direkt erfasst werden kann (Veenhoven, 2000). Gleiche objektive Bedingungen werden bei verschiedenen Personen auf Grund differenzieller kognitiver Verarbeitungs- und Bewertungsprozesse sehr unterschiedliche Reaktionen hervorrufen. Diese Bewertungsprozesse wiederum werden durch individuelle Normen,

Werte und Ziele sowie lebenslange Erfahrungsprozesse bestimmt. Daher ist es epistemologisch nur schwer zu rechtfertigen, die Ausprägungen objektiver Faktoren zur Bestimmung eines subjektiven Erlebens („Lebensqualität“) heranzuziehen (vgl. Schmidt, 2003). Ein einheitlichen Effekt externer Faktoren in der sehr heterogenen Population der multimorbiden älteren Menschen kann, genau wie in jüngeren Populationen, nicht vorausgesetzt werden – daher sollten bei der Bestimmung von Lebensqualität subjektive Indikatoren objektiven vorgezogen werden, sofern nicht eine reine Bestimmung der „Qualität der Bedingungen“ geleistet werden soll.

Ein „erfolgreiches Altern“ ist in dem Maße möglich, in dem es einem Menschengelingt, seine Ziele zu selektieren, die Mittel zur Zielerreichung zu optimieren und vorhandene Defizite zu kompensieren. Erfolgreiches Altern ist also ein Prozess, der stets in einem individuellen Rahmen stattfindet und der den Umgang mit individuellen Grenzen und Möglichkeiten widerspiegelt (Baltes & Baltes, 1990b). Die positive oder negative Ausprägung von Lebensqualität ist auch unter diesem Blickwinkel im Erleben (und Einflussbereich) des Individuums zu sehen und weniger in den objektiven Gegebenheiten.

Diese Forschungsarbeit umfasst in erster Linie die theoretische Fundierung und praktische Entwicklung eines Fragebogens zur Lebensqualität älterer mehrfach erkrankter Menschen (FLQM). Der neu entwickelte Fragebogen wird in einer Pilotuntersuchung getestet. Dementsprechend werden im empirischen Teil dieser Arbeit 1.) die Testgüte (Validität) des FLQM abgeschätzt sowie 2.) Durchführbarkeit und Verständlichkeit des Fragebogens überprüft. Die Validität soll mittels einer explorativen Konstruktvalidierung überprüft werden, Durchführbarkeit und Verständlichkeit werden teils systematisch erfasst, teils werden sich Hinweise auf beide Testeigenschaften aus dem Verlauf der Erhebung ergeben. Ein nachgeordneter Schritt befasst sich mit der inhaltlichen Auswertung der von den Teilnehmern benannten Lebensbereiche in Hinblick auf 3.) die inhaltliche Validität des Fragebogens. Sekundäres Anliegen der Arbeit ist 4.) die Exploration querschnittlicher Unterschiede subjektiver Konstruktionen von Lebensqualität. Sofern spezifische Annahmen zu den verschiedenen Zielstellungen getroffen werden können, sind diese in den folgenden Abschnitten dargestellt.

### 1.5.1 Hypothesennetz zur Konstruktvalidierung

Um insgesamt eine Vorabschätzung der Validität des FLQM im Rahmen einer explorativen Konstruktvalidierung zu ermöglichen, werden parallel weitere Variablen über Fragebögen erhoben: Grundlegende *soziodemografische Merkmale* wie Alter, Geschlecht, Familien- und Bildungsstand werden anhand einer Checkliste erfragt. Die *subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit* wird in den Facetten psychische und physische Gesundheit mittels des SF-36 erhoben, *positiver und negativer Affekt* mit einer deutschen Version des Positive and Negative Affect Schedule (PANAS; Krohne, Egloff, Kohlmann & Tausch, 1996). Zudem wird mittels einer deutschen Version der Philadelphia Geriatric Center Morale Scale (PGCMS; Smith et al., 1996) das *allgemeine subjektive Wohlbefinden* mit den Facetten „Lebenszufriedenheit“, „Zufriedenheit mit dem eigenen Alter“ und „Unaufgeregtheit“ erhoben. Ein Einzelitem erfasst die *allgemeine Lebenszufriedenheit*. Folgende Unterschiede und Zusammenhänge werden hinsichtlich der Lebensqualitätsausprägung der Studienteilnehmer auf dem FLQM und der verschiedenen externen Validierungsinstrumente angenommen:

#### 1.5.1.1 *Zusammenhänge mit den Subskalen des SF-36*

In der *globalen Einschätzung* des eigenen Gesundheitszustandes kann eine Tendenz zur Überschätzung im Vergleich zu objektiven Indikatoren beobachtet werden. Subjektive Einschätzungen der eigenen Funktionsfähigkeit hängen jedoch relativ eng mit dem tatsächlichen Gesundheitszustand zusammen (vgl. Borchelt et al., 1996; Pinguart, 2001). Der SF-36 ist ein Fragebogen zur Einschätzung von „gesundheitsbezogener Lebensqualität“ mit einem relativ großen Gewicht auf physisch-funktionalen Faktoren gegenüber emotionalen oder kognitiven Facetten der Lebensqualität. Der subjektive Gesundheitsstatus weist im Alter keinen engen Zusammenhang mit subjektivem Wohlbefinden auf (Diener & Suh, 1997b; Harris, Pedersen, Stacey, McClearn & Nesselroade, 1992). Daher werden jeweils nur mittlere positive Zusammenhänge ( $r \geq 0,3$ ) der physischen und der psychischen Teilskala des SF-36 mit dem FLQM erwartet.

#### 1.5.1.2 *Zusammenhänge mit dem PANAS*

Das Urteilmodell des subjektiven Wohlbefindens von Schwarz und Strack (1991) postuliert einen starken Einfluss von Emotionen auf globale Zufriedenheitsurteile, der jedoch für spezifische Urteile deutlich abgeschwächt wird, da hier relevante Informationen

leichter zugänglich und spezifische Vergleichsstandards verfügbar sind. Es wird daher lediglich ein mittlerer positiver Zusammenhang ( $r \geq 0,3$ ) zwischen positivem Affekt (PANAS) und der Ausprägung des FLQM angenommen. Da positiver und negativer Affekt weitgehend unabhängig voneinander variieren und negativer Affekt im Allgemeinen nur eine sehr geringe Variationsbreite im unteren Spektrum der Ausprägung aufweist (Diener & Emmons, 1985; Lawton et al., 1992a, 1992b; Smith et al., 1996), wird für negativen Affekt (PANAS) und FLQM ein schwacher negativer Zusammenhang ( $r \leq -0,1$ ) angenommen.

#### *1.5.1.3 Zusammenhänge mit dem PGCMS*

Ältere Personen zeigen im Mittel trotz zunehmender Gesundheits- und Funktionseinbußen relativ stabile Lebenszufriedenheit und subjektives Wohlbefinden (z. B. Diener & Suh, 1997b; Staudinger, 2000). Dieses Phänomen lässt sich zumindest teilweise mit der Anpassungsfähigkeit des Selbst im Alter erklären, wobei insbesondere akkomodative Prozesse eine wichtige Rolle spielen (Heckhausen, 1997; Rothermund & Brandtstädter, 2003). Das allgemeine subjektive Wohlbefinden (PGCMS) wird stark ( $r \geq 0,5$ ) mit dem FLQM korrelieren; die Facetten „Lebenszufriedenheit“ und „Zufriedenheit mit dem eigenen Alter“ werden ebenfalls stark ( $r \geq 0,5$ ), die Facette „Unaufgeregtheit“ mittelstark ( $r \geq 0,3$ ) mit dem FLQM zusammenhängen.

#### *1.5.1.4 Zusammenhang mit globaler Lebenszufriedenheit*

Eine Grundannahme des Modells der Lebensqualität, welches dem FLQM zu Grunde liegt, ist, dass sich die allgemeine Lebensqualität aus den individuell ausgewählten und gewichteten Bereichen ableiten lässt (Campbell et al., 1976; vgl. Abschnitt 1.3.5.1). Die Ausprägung des Einzelitems zur allgemeinen Lebenszufriedenheit wird daher stark positiv ( $r \geq 0,5$ ) mit dem FLQM korrelieren.

#### *1.5.1.5 Zusammenhänge mit sozioökonomischen und demografischen Variablen*

Es wird erwartet, dass die Ausprägung der Lebensqualität auf dem FLQM unabhängig von Alter, Geschlecht und Bildungsstand ist. Die empirische Befundlage (vgl. Diener et al., 1999) unterstützt jedoch die Annahme, dass in einer Partnerschaft lebende Teilnehmer eine höhere Lebensqualität berichten werden als alleinstehende. Der FLQM-Gesamtscore wird

zudem nicht systematisch mit der Anzahl selbstberichteter Erkrankungen oder dem Vorliegen einer Pflegestufe zusammenhängen.

## 1.5.2 Inhaltsvalidität

### 1.5.2.1 *Reichhaltigkeit der individuellen Bereichssysteme*

Hinsichtlich derjenigen Bereiche, die zur Bestimmung der Lebensqualität eines alten Menschen herangezogen werden gilt es zu bedenken, dass sich die *Wertigkeit* und die *Bedeutsamkeit bestimmter Facetten des Lebens* mit dem Alter und der Situation verändern können (vgl. Abschnitt 1.3.6.4). Junge Menschen zeigen andere Präferenzprofile als ältere Menschen, zudem gibt es über alle Altersgruppen hinweg eine große Heterogenität der Bedeutung, die einzelne Dimensionen für Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden besitzen. Im Alter ist dies auch ein Spiegelbild der sehr unterschiedlichen Profile von Potenzialen und Risiken. So ziehen unterschiedliche Erkrankungsprofile sehr unterschiedliche Einschränkungen nach sich, jedoch werden für nicht mehr oder nur noch eingeschränkt zugängliche Lebensbereiche oder Ziele im Rahmen eines lebenslangen Prozesses Anpassungen und Veränderungen am individuellen Ziel- und Wertesystem vorgenommen (Baltes & Baltes, 1990a; Heckhausen, 1997; Rothermund & Brandtstädter, 2003). Die Anzahl der von den Studienteilnehmern genannten Lebensbereiche wird unabhängig vom Geschlecht und dem subjektiven Erkrankungsstatus, d. h. der Anzahl selbstberichteter Erkrankungen, sein; ein höherer Bildungsstand eröffnet jedoch eine größere Vielfalt potentieller Betätigungs- und Interessensfelder – daher wird bei schlechterem Bildungsstand eine geringere Vielfalt von Nennungen zu beobachten sein. Im sehr hohen Alter können auf Grund einer Kumulation von Risiken und Verlusten die Grenzen der Adaptationsfähigkeit erreicht werden, daher werden mit zunehmendem Alter ebenfalls weniger Bereiche im Rahmen des FLQM benannt werden.

### 1.5.2.2 *Grad der Abhängigkeit individueller Nennungen von der Instruktion zum FLQM*

Unabhängig von möglichen pathologischen kognitiven Veränderungen, nimmt die kognitive Leistungsfähigkeit im Bereich fluider kognitiver Prozesse im Alter ab (Bäckman, Small, Wahlin & Larsson, 2000; Schaie, 1996). Die komplexe Aufgabe, im Rahmen des FLQM individuell bedeutsame Lebensbereiche zu benennen, wird mit zunehmendem Alter auf Grund der nachlassenden kognitiven Flexibilität eine steigende Herausforderung darstellen. Daher werden sich ältere Menschen stärker als jüngere an den Beispielen der

Anregungsliste in der Instruktion zum FLQM orientieren. Mit zunehmendem Alter wird eine geringere inhaltliche Unabhängigkeit der individuellen Nennungen von der Anregungsliste erwartet. Eine höhere Schulbildung stellt einen protektiven Faktor für die Entwicklung der kognitiven Leistungsfähigkeit im Alter dar (Bäckman et al., 2000; Bosma, van Boxtel, Ponds, Houx & Jolles, 2003), so dass bei schlechterem Bildungsstand ebenfalls eine geringere inhaltliche Unabhängigkeit der Nennungen erwartet wird.

### 1.5.3 Exploration querschnittlicher Unterschiede subjektiver Konstruktionen von Lebensqualität im Alter

Über die bisherigen Annahmen hinaus bieten die mittels des FLQM generierten Daten die Möglichkeit, Einblicke in die Struktur subjektiver Konstruktionen von Lebensqualität älterer Menschen zu erlangen. Als sekundäre Analysen werden daher mögliche querschnittliche Unterschiede in Reichhaltigkeit und Zusammensetzung der subjektiven Systeme bedeutsamer Lebensbereiche in Anlehnung an die im vorigen Abschnitt dargelegten Befunde und Annahmen explorativ betrachtet.

### 1.5.4 Verständlichkeit und Durchführbarkeit

Es wird empfohlen, bei der Entwicklung neuer Erhebungsinstrumente neben einer psychometrischen Prüfung der Güteeigenschaften eines neuen Fragebogens über kognitive Interviews oder begleitende Befragungen auch die Verständlichkeit, Akzeptanz und mögliche Probleme mit dem Fragebogen zu beleuchten (Mallinson, 2002; McColl, Meadows & Barofsky, 2003). Ein explorativer Meta-Fragebogen wird einer Teilstichprobe vorgelegt werden, um das Verständnis der Teilnehmer sowie Akzeptanz und Altersangemessenheit des FLQM genauer zu beleuchten. Die Auswertung von beobachteten Problemen, Missverständnissen oder Äußerungen der Teilnehmer sowie eine Abwägung des Zeit- und Ressourcenaufwandes sollen weitere Hinweise auf die praktische Tauglichkeit des Fragebogens liefern.



## II METHODISCHES VORGEHEN

Die vorliegende Forschungsarbeit unterteilt sich in zwei Teilstudien: In Studie 1 wurden qualitative Interviews mit einer Stichprobe multimorbid erkrankter älterer Menschen zu ihrer subjektiven Sicht auf Lebensqualität geführt. Aufbauend auf den Ergebnissen dieser Interviewstudie wurde ein Fragebogen zur Lebensqualität multimorbider älterer Menschen entwickelt und in Studie 2 pilotiert. Nachfolgend wird das methodische Vorgehen getrennt für Studie 1 und Studie 2 dargestellt.

### 2.1 Grundgesamtheit und Stichproben

#### 2.1.1 Grundgesamtheit

Die Arbeit beschäftigt sich mit der Konstruktion eines Messinstruments für ältere, multimorbide, d. h. körperlich mehrfach erkrankte Menschen. Einschlusskriterien sind somit das kalendarische Alter sowie der Krankheitsstatus.

Die Altersgrenze wurde bei mindestens 65 Jahren angesetzt. Zur genaueren Differenzierung möglicher Alterseffekte wird die Population ferner in „junge Alte“ (65 bis 79) und „Hochbetagte“ (80 Jahre und älter) unterteilt (vgl. Abschnitt 1.2.1; Wahl & Rott, 2002).

Aufgrund des hohen diagnostischen Aufwands, zuverlässige Daten zum objektiven Gesundheitsstatus einer Person zu erhalten, ist es vielfach üblich, den Gesundheitsstatus über einen Selbstbericht zu erheben (de Groot, Beckerman, Lankhorst & Bouter, 2003; Katz, Chang, Sangha, Fossel & Bates, 1996; Steinhagen-Thiessen & Borchelt, 1996). Angesichts des häufigen Nicht-Berichtens (*underreporting*) und der subjektiven Unterschätzung von Schwere und Behandlungsbedürftigkeit von Erkrankungen wurde in der vorliegenden Arbeit eine relativ niedrige Schwelle subjektiv berichteter Erkrankungen gewählt: Eine Person gilt als multimorbide, wenn sie nach eigenem Bekunden unter mindestens vier körperlichen Erkrankungen leidet, die behandelt werden oder deren Behandlung von ihr selbst gewünscht wird.

Eine kognitive Beeinträchtigung der Studienteilnehmer über normale Altersveränderungen hinaus soll ausgeschlossen werden. Im gegebenen Kontext gilt als kognitiv beeinträchtigt, wer 21 Punkte oder darunter in der deutschen Version des Mini-

Mental-Status-Test erzielt (Kessler, Folstein & Denzler, 1990). Ferner sind Personen die sich im Terminalstadium einer lebensbedrohlichen Erkrankung befinden ausgeschlossen.

### 2.1.2 Studie 1 (Qualitative Interviews): Teilnehmergewinnung und Stichprobe

Über die Pflegedienstleitungen eines ambulanten Pflegedienstes in Berlin wurden Kurzinformationen über die geplante Studie an die Klientinnen und Klienten des Dienstes weitergeleitet (siehe Anhang I). Die jeweiligen Pflegefachkräfte warben zudem bei ihren Klienten für die Teilnahme an der Studie. Um einen schnellen Kontakt zu ermöglichen, fragte die Pflegedienstleitung bei interessierten Klienten nach, ob sie Namen und Telefonnummer zur Terminvereinbarung an den Leiter der Studie weitergeben dürften. Das Alter (1. Einschlusskriterium) und die Anzahl der Erkrankungen (2. Einschlusskriterium) wurden telefonisch erfragt. Am Ende der tatsächlichen Datenerhebung wurde mit den Interviewpartnern zur Abklärung des kognitiven Status (Ausschlusskriterium) die deutsche Version der Mini-Mental-Status-Test durchgeführt (Kessler et al., 1990).

### 2.1.3 Studie 2 (Pilotuntersuchung mit dem FLQM): Teilnehmergewinnung und Stichprobe

In der Pilotphase der Fragebogenentwicklung wurden über drei unterschiedliche Zugänge Teilnehmerinnen und Teilnehmer für die Studie rekrutiert. Bei allen potenziellen Studienteilnehmern wurden zunächst Alter und Morbiditätsstatus (Einschlusskriterien) telefonisch abgeklärt, die Abschätzung des kognitiven Status (Ausschlusskriterium) erfolgte im Anschluss an die Datenerhebung.

Über die Pflegedienstleitungen zweier ambulanter Berliner Pflegedienste wurden schriftliche Kurzinformationen über die Studie an die Klientinnen und Klienten dieser Dienste weitergeleitet (siehe Anhang II). Die Pflegefachkräfte warben zudem bei ihren Klienten für die Teilnahme an der Studie. Um einen schnellen Kontakt zu ermöglichen fragten die Pflegedienstleitungen bei interessierten Klienten nach, ob sie Namen und Telefonnummer zur Terminvereinbarung an den Leiter der Studie weitergeben dürften. Bei Zustimmung wurden diese telefonisch über die Hintergründe und den geplanten Ablauf der Befragung informiert. Bei weiterhin bestehendem Interesse wurden Termine zur Datenerhebung vereinbart.

In einer Praxis für physikalische Therapie wurden von den behandelnden Physiotherapeuten ebenfalls schriftliche Kurzinformationen an Patientinnen und Patienten

über 65 Jahre weitergegeben. Auch hier fand bei Zustimmung der betreffenden Personen eine telefonische Kontaktaufnahme statt.

Schließlich wurde in der Kundenzeitschrift der AOK „Bleibgesund Plus“ (Anonym, 2006) im Rahmen eines Artikels zu Gesundheit und Krankheit im Alter für die Teilnahme an der Pilotuntersuchung geworben (siehe Anhang III). Interessierte Leserinnen und Leser nahmen telefonisch mit dem Studienleiter Kontakt auf. Nach Erläuterungen zu Hintergrund und Ablauf der Befragung und bei gegebener Bereitschaft zur Teilnahme wurden Termine zur Datenerhebung vereinbart.

## **2.2 Ablauf und Durchführung der Erhebungen**

### **2.2.1 Studie 1 (Qualitative Interviews)**

Alle Erhebungen fanden bei den Studienteilnehmern zu Hause statt. Der Interviewer führte nach einer kurzen Vorstellung der Studienziele und des Forschungsprojektes die einzelnen Teile in folgender Reihenfolge mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern durch (die verwendeten Fragebögen finden sich in Anhang IV und IX):

1. Soziodemografischer Fragebogen
2. Fragebogen zum Gesundheitszustand
3. Interview zu subjektiven Vorstellungen zur Lebensqualität
4. Mini-Mental Status Test

#### *2.2.1.1 Soziodemografischer Fragebogen*

Der soziodemografische Fragebogen umfasste Selbstangaben zu Alter, Geschlecht, Schulbildung, Familienstand, Anzahl lebender Kinder, Wohnsituation und Pflegestufe.

#### *2.2.1.2 Fragebogen zum Gesundheitszustand*

Der Gesundheitsfragebogen umfasste den Selbstbericht über die Anzahl vorhandener Erkrankungen und den Anteil der behandelten und behandlungsbedürftigen Erkrankungen.

Beide Fragebögen wurden jeweils langsam und deutlich vorgelesen, die Antworten trug der Interviewer in die Bögen ein.

### 2.2.1.3 Interview zu subjektiven Vorstellungen zur Lebensqualität

Die Instruktion und die Fragen des qualitativen Interviews wurden langsam und deutlich vorgelesen. Das gesamte Interview wurde digital (MP3-Spieler *Zen Micro™*) als MP3-Datei aufgezeichnet. Instruktion und Fragen lauteten wie folgt:

*„Ich möchte Ihnen nun gerne einige Fragen dazu stellen, was in Ihrem Leben wichtig ist, was Ihr Leben schön macht, aber auch was Ihnen das Leben schwer macht. Denken Sie in Ruhe über jede Frage nach und erzählen Sie mir dann, was Ihnen dazu einfällt. Sie müssen sich nicht beeilen, im Gegenteil – auch wenn Ihnen später noch etwas zu einer Frage einfällt, sagen Sie es einfach. Es geht ja um Ihr eigenes Leben, und die guten und schlechten Seiten Ihres Lebens. Da wissen natürlich Sie selbst am allerbesten die Antworten. Deshalb gibt es auch keine richtigen oder falschen Antworten. Alles was Sie sagen, alles was Ihnen einfällt, ist für mich interessant. Wenn Sie eine Frage nicht auf Anhieb verstehen, macht das nichts – fragen Sie dann bitte einfach nach. Sagen Sie mir bitte auch, falls Sie auf eine Frage nicht antworten möchten. Können wir anfangen?“*

- 1. Was kommt Ihnen in den Sinn, wenn Sie den Begriff „Lebensqualität“ hören? Oder anders: Können Sie mir beschreiben, was für Sie Lebensqualität ausmacht?*
- 2. Wenn Sie über ihr jetziges Leben als Ganzes nachdenken, was macht ihr Leben schön? Was trägt zu Ihrer Lebensqualität bei? Sagen Sie einfach alles was Ihnen einfällt!*
- 3. Was macht Ihnen das Leben schwer? Was wirkt sich negativ auf Ihre Lebensqualität aus? Sagen Sie wieder alles was Ihnen dazu einfällt!*
- 4. Wenn Sie nochmals an all die guten und schlechten Dinge in Ihrem Leben denken, die Sie mir gerade geschildert haben: Gibt es da etwas, das für Sie das Allerwichtigste ist?“*

### 2.2.1.4 Mini-Mental Status Test, MMST

Der Mini-Mental Status Test ist ein kurzer neuropsychologischer Fragebogen zum Demenz-Screening mit 30 Items (Folstein, Folstein & McHugh, 1975; Tombaugh & McIntyre, 1992). Je mehr Punkte eine Person erreicht, desto besser ihr kognitiver Status. Getestet werden zeitliche und örtliche Orientierung, Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit und

Rechenfähigkeit, Sprache und konstruktive Praxis (siehe Anhang IX). Als Cut-off-Wert für den Verdacht auf eine kognitive Beeinträchtigung wurden 21 Punkte festgelegt. Verwendet wurde eine deutsche Version des Mini-Mental-Status-Test (Kessler et al., 1990). Da einige der Teilnehmer infolge schmerzhafter Gelenkerkrankungen oder Hemiparese nicht in der Lage waren, einen Stift zu halten bzw. zu schreiben, traten wiederholt Probleme mit den Items Nr. 25, 26, 27, 29 und 30 auf bzw. konnten diese Items aus *körperlichen* Gründen nicht gelöst werden. Nach einer Methode von Borchelt (2005) wurde der tatsächlich erzielte MMST-Wert hochgerechnet, so dass alle Studienteilnehmer eine Punktzahl von 0 bis 30 Punkten erreichen konnten.

Die Teilnehmer waren angehalten, zu jeder Zeit Fragen zu stellen, wenn Ihnen etwas unklar erschien oder sie den Sinn einer Frage nicht verstanden. Nach Beendigung des MMST wurden Sie nochmals aufgefordert alle Fragen zur Studie und den Forschungszielen zu stellen, die noch offen waren.

### 2.2.2 Studie 2 (Pilotuntersuchung mit dem FLQM)

Die Erhebungen im Rahmen der Pilotstudie fanden in der Regel bei den Teilnehmern zu Hause statt ( $n = 39$ ). Fünf Teilnehmer wurden auf eigenen Wunsch in den Räumlichkeiten der Poliklinik der Charité – Universitätsmedizin Berlin in einem eigens dafür vorgesehenen Raum befragt. Es fand jeweils eine einzige Erhebung statt.

Neben dem eigentlichen Gegenstand der Studie, dem *Fragebogen zur Lebensqualität multimorbider älterer Menschen, FLQM*, wurden den Teilnehmern folgende standardisierten Fragebögen vorgelegt: Eine Einzelfrage zur allgemeinen Lebenszufriedenheit, eine deutsche Version des *Positive And Negative Affect Schedule, PANAS* (Krohne, Egloff, Kohlmann & Tausch, 1996), eine deutsche Version der *Philadelphia Geriatric Centre Morale Scale, PGCMS* (Smith, Fleeson, Geiselman, Settersten & Kunzmann, 1996) sowie der *Fragebogen zum allgemeinen Gesundheitszustand SF-36* (Bullinger & Kirchberger, 1998). Zusätzlich wurden 21 Teilnehmerinnen und Teilnehmer zufällig ausgewählt und in Form eines kurzen begleitenden Meta-Fragebogens zu Aspekten der Verständlichkeit des FLQM befragt. Alle verwendeten Fragebögen finden sich in den Anhängen V bis IX. Die Reihenfolge der Fragebogenvorgabe war wie folgt:

1. Soziodemografischer Fragebogen
2. Fragebogen zum Gesundheitszustand
- 3.a *Frage zur globalen Lebenszufriedenheit* (n = 22 – Erläuterung siehe Text)
- 3.b *Fragebogen zur Lebensqualität multimorbider älterer Menschen, FLQM*
- 4.a *begleitender Meta-Fragebogen zum FLQM* (n = 21 ST)
- 4.b *Frage zur globalen Lebenszufriedenheit* (n = 22 – Erläuterung siehe Text)
5. *Positive And Negative Affect Schedule, PANAS*
6. *Philadelphia Geriatric Centre Morale Scale, PGCMS*
7. *Short Form 36, SF-36*
8. *Mini-Mental-Status-Test, MMST*

#### 2.2.2.1 *Soziodemografischer Fragebogen*

Mit dem soziodemografischen Fragebogen wurden Alter, Geschlecht, Bildungsstand, Familienstand, Anzahl lebender Kinder, Wohnsituation und Pflegestufe erhoben (siehe Anhang V).

#### 2.2.2.2 *Fragebogen zum Gesundheitszustand*

Der Gesundheitsfragebogen umfasste den Selbstbericht über die Anzahl vorhandener Erkrankungen und den Anteil der behandelten und aus eigener Sicht behandlungsbedürftigen Erkrankungen (siehe Anhang V).

Beide Fragebögen (soziodemografischer und Gesundheitsfragebogen) wurden jeweils langsam und deutlich vorgelesen, die Antworten trug der Interviewer in die Bögen ein.

#### 2.2.2.3 *Frage zur globalen Lebenszufriedenheit*

Die Frage zur allgemeinen Lebenszufriedenheit war folgendermaßen formuliert: „*Alles in allem betrachtet – wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrem Leben?*“. Die Antwortmöglichkeiten standen den Teilnehmern als bipolare sechsstufige Likert-Skala zur Verfügung: *1 = es gibt praktisch nichts zu verbessern, 2 = sehr zufrieden, 3 = zufrieden, 4 = unzufrieden, 5 = sehr unzufrieden, 6 = es könnte fast nicht schlimmer sein*. Die Antwortmöglichkeiten lagen den Teilnehmern schriftlich vor und wurden gleichzeitig laut vorgelesen (siehe Anhänge V und VI). Der Hälfte der Teilnehmer (n = 22) wurde die Frage

unmittelbar *vor* dem FLQM vorgelegt, der anderen Hälfte ( $n = 22$ ) *nach* dem FLQM oder dem Meta-Fragebogen zum FLQM (falls erhoben). Dadurch sollte für mögliche Priming-Effekte der globalen oder spezifischen Zufriedenheitsurteile kontrolliert werden. Die Zuteilung erfolgte abwechselnd, beginnend mit der Version *vor* dem FLQM. Beide Versionen der Frage unterscheiden sich lediglich durch die Instruktion voneinander: „Ich möchte Ihnen *zunächst* eine ziemlich allgemeine Frage stellen“ *vor* dem FLQM, „Ich möchte Ihnen *nun* eine ziemlich allgemeine Frage stellen“ *nach* dem FLQM bzw. Meta-Fragebogen.

#### 2.2.2.4 Fragebogen zur Lebensqualität multimorbider älterer Menschen, FLQM

Der Aufbau des „Fragebogens zur Lebensqualität multimorbider älterer Menschen“ (FLQM) wird in Abschnitt 1.4 ausführlich erläutert. Im ersten Schritt sollen die Teilnehmer zunächst Bereiche („Dimensionen“) generieren, die in besonderem Maße ihre Lebensqualität und Zufriedenheit beeinflussen. Die spezifischen Zufriedenheiten mit diesen Bereichen werden im zweiten Schritt erfragt, im letzten Schritt werden die Bereiche individuell gewichtet. Die Instruktionen wurden den Teilnehmern schriftlich vorgelegt, gleichzeitig las der Interviewer den Text langsam und deutlich vor. Abweichungen zwischen den Texten für Teilnehmer und Interviewer bestehen lediglich in Handlungsanweisungen in der Version für den Interviewer sowie in abweichenden Zwischenüberschriften (siehe Anhänge V und VI). Gleichzeitig wurde den Teilnehmern ein tabellarisches Formblatt (siehe Anhang VI) vorgelegt, in das den Anweisungen entsprechend der Reihe nach Lebensbereiche, Zufriedenheitsurteile und Gewichtungen eingetragen werden sollten. Den Teilnehmern wurde die Wahl überlassen, ob sie die Tabelle selbst ausfüllen wollten oder ob der Interviewer dies nach ihren Anweisungen tun sollte. Sämtliche Teilnehmer entschieden sich dafür, dass der Interviewer die Tabelle ausfüllen sollte. Die vollständigen Instruktionen finden sich in den Anhängen V und VI.

Für die Bewertungen der spezifischen Zufriedenheiten mit den genannten Lebensbereichen wurden den Teilnehmern eine bipolare („Zufriedenheit – Unzufriedenheit“) und für die Bewertung der spezifischen Bedeutsamkeiten eine unipolare („Ausmaß der Bedeutsamkeit“) Likert-Skala mit je sechs Stufen vorgelegt. Die sechs Stufen der Skala der Zufriedenheitsurteile waren wie folgt bezeichnet: *1 = es gibt praktisch nichts zu verbessern, 2 = sehr zufrieden, 3 = zufrieden, 4 = unzufrieden, 5 = sehr unzufrieden, 6 = es könnte fast nicht schlimmer sein*. Die Stufen der Skala für die

Bedeutsamkeit der Lebensbereiche waren folgendermaßen bezeichnet: 1 = *eigentlich das Allerwichtigste, was es für mich gibt*, 2 = *sehr wichtig*, 3 = *ziemlich wichtig*, 4 = *wichtig*, 5 = *eher unwichtig*, 6 = *hat im Vergleich mit den anderen keine besondere Bedeutung für mich*. Die sechsfache Unterteilung wurde aus zwei Gründen gewählt: Zunächst werden dadurch Tendenzen zur Mitte vermieden, da die Personen gezwungen sind sich zumindest tendenziell für eine Richtung (eher positive oder eher negative Valenz) zu entscheiden (vgl. Streiner & Norman, 2003). Außerdem erinnern die Bewertungsskalen in der sechsstufigen Form an die Schulnotenskala, die den allermeisten Teilnehmern aus ihrer Jugend bekannt sein müsste. Das Risiko, dass dadurch eine schiefe Skala mit einem wahrgenommenen Mittelpunkt zwischen 4 und 5 forciert wird (vgl. (Streiner & Norman, 2003), wurde zu Gunsten der Verständlichkeit der Bewertungsprozesse in Kauf genommen.

Um zu gewährleisten, dass höhere Werte eine bessere Lebensqualität anzeigen werden die von den Teilnehmern genannten Zahlenwerte (spezifische Zufriedenheiten und Gewichte) zur Berechnung des Index' der Lebensqualität umgepolt: Eine vom Teilnehmer genannte „1“ wird als „6“ in die Berechnung aufgenommen, eine „2“ als „5“ usw. Die Ausprägung der subjektiven Lebensqualität einer Person ergibt sich aus der Summe der Produkte ihrer (umgepolten) Bewertungen und deren (umgepolten) Gewichtungen; die resultierende Produktsumme wird ihrerseits durch die Summe der (umgepolten) personenspezifisch genannten Einzelgewichte geteilt. Der endgültige Index ist somit ein individuell gewichteter Mittelwert. Die möglichen Ausprägungen schwanken zwischen 1 als ungünstigstem Wert und 6 als günstigstem Wert für Lebensqualität.

#### 2.2.2.5 *Begleitender Meta-Fragebogen zum FLQM*

In einem kurzen begleitenden Fragebogen wurden  $n = 21$  Teilnehmer unmittelbar im Anschluss an den FLQM zu Verständlichkeit, Struktur und allgemeiner Einschätzung des FLQM befragt (vgl. McColl et al., 2003). Die Auswahl der Personen erfolgte über einen Zufalls-Algorithmus der Statistiksoftware SPSS 13.0. Der Fragebogen diente dazu, über die psychometrischen Merkmale des Fragebogens hinaus Hinweise zur Verbesserung von Struktur und Inhalt zu erhalten. Für die Fragen standen jeweils dreistufige Antwortmöglichkeiten zur Verfügung; drei Fragen eröffneten die Möglichkeit einer kurzen freien Antwort. Der vollständige Meta-Fragebogen findet sich in Anhang VII.



#### 2.2.2.6 *Positive And Negative Affect Schedule, PANAS*

Beim PANAS handelt es sich um ein kurzes Instrument zur Erfassung der unabhängigen Dimensionen positiver Affekt und negativer Affekt (Watson et al., 1988). Er besteht aus einer Liste von 20 Adjektiven, die je zehn positive und negative Gefühlszustände beschreiben. Jedes Adjektiv wird vom Teilnehmer auf einer unipolaren Likert-Skala von 1 bis 5 hinsichtlich des von ihm erlebten Ausprägungsgrads des beschriebenen Gefühls bewertet: 1 = *gar nicht*, 2 = *ein bisschen*, 3 = *einigermaßen*, 4 = *erheblich*, 5 = *äußerst*. Getrennt für positiven und negativen Affekt wird jeweils der Mittelwert der vergebenen Bewertungen berechnet. Die verwendete Version des PANAS erfasste die momentane Ausprägung positiver und negativer Gefühle mittels der Leitfrage „*Wie fühlen Sie sich im Moment?*“ (Krohne et al., 1996); siehe Anhänge V und VI). Den Teilnehmern wurden die Adjektive der Reihe nach vorgelesen und sie sollten diese jeweils unmittelbar bewerten.

Niedrige Werte indizieren (bei einer Spannweite von 1 bis 5) eine schwache Ausprägung von positivem bzw. negativem Affekt, hohe Werte eine starke Ausprägung.

#### 2.2.2.7 *Philadelphia Geriatric Centre Morale Scale, PGCMS*

Die PGCMS ist ein Fragebogen zum allgemeinen Wohlbefinden alter Menschen (Lawton, 1975). Die Originalversion umfasst insgesamt 17 Items in Form kurzer Aussagesätze, die den drei Faktoren *Unaufgeregtheit*, *Zufriedenheit mit dem eigenen Alter* und *Lebenszufriedenheit* zugeordnet werden können. Bei dem hier verwendeten Fragebogen handelt es sich um die auf 15 Items gekürzte deutsche Übersetzung von Smith et al. (1996) aus der Berliner Altersstudie (siehe Anhänge V und VI). Die Teilnehmer sollen auf einer Schulnotenskala von 1 (*sehr gut*) bis 5 (*mangelhaft*) bewerten, wie sehr die jeweiligen Aussagen auf sie selbst zutreffen („*Wie sehr trifft folgende Aussage auf Sie zu?*“). Die Auswertung kann getrennt nach den drei Subskalen oder als Gesamtwert erfolgen. Die Aussagen wurden den Teilnehmern der Reihe nach vorgelesen und sie sollten diese unmittelbar bewerten.

Niedrige Werte (jeweils bei einer Spannweite von 1 bis 5) indizieren eine ungünstige Ausprägung auf der jeweiligen Subskala und dem Gesamtscore, hohe Werte eine günstige Ausprägung.

#### 2.2.2.8 Fragebogen zum allgemeinen Gesundheitszustand Short Form 36, SF-36

Der SF-36 ist ein Fragebogen zur subjektiven Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes, der im Rahmen der Medical Outcome Study entwickelt wurde (dt. Bullinger & Kirchberger, 1998). In der vorliegenden Studie wurde der SF-36 in erster Linie aufgrund seines hohen Verbreitungsgrades als Indikator der subjektiven Gesundheit verwendet. Er umfasst insgesamt 36 Items mit unterschiedlichen Antwortformaten (siehe Anhang VIII). Die Selbsteinschätzung, welche der Bogen liefert, kann als Profil getrennt nach den acht Subskalen (körperliche Funktionsfähigkeit, zehn Items; körperliche Rollenfunktion, vier Items; körperliche Schmerzen, zwei Items; allgemeine Gesundheitswahrnehmung, fünf Items; Vitalität, vier Items; soziale Funktionsfähigkeit, zwei Items; emotionale Rollenfunktion, drei Items; psychisches Wohlbefinden, fünf Items) ausgewertet werden. Außerdem ist die Auswertung nach körperlichen und psychischen Facetten der Gesundheit möglich (körperliche bzw. psychische Summenskala).

Die Rohwerte der Subskalen bzw. der Gesamtskala werden linear auf in Skala von 0 bis 100 transformiert. Hohe Werte indizieren eine günstige Ausprägung, d. h. das Fehlen von Symptomen bezogen auf die jeweiligen Skalen und Subskalen, niedrige Werte eine ungünstige Ausprägung, d. h. das Vorliegen von Symptomen oder Beschwerden.

#### 2.2.2.9 Mini-Mental-Status-Test, MMST

Der Mini-Mental-Status-Test ist ein kurzer neuropsychologischer Fragebogen zum Demenz-Screening mit 30 Items (Folstein et al., 1975; Tombaugh & McIntyre, 1992). Je mehr Punkte eine Person erreicht, desto besser ihr kognitiver Status. Getestet werden zeitliche und örtliche Orientierung, Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit und Rechenfähigkeit, Sprache und konstruktive Praxis (siehe Anhang IX). Als Cut-off-Wert für den Verdacht auf eine kognitive Beeinträchtigung wurden 21 Punkte festgelegt. Verwendet wurde eine deutsche Version des Mini-Mental-Status-Test (Kessler et al., 1990). Da einige der Teilnehmer infolge schmerzhafter Gelenkerkrankungen oder Hemiparese nicht in der Lage waren, einen Stift zu halten bzw. zu schreiben, traten wiederholt Probleme mit den Items Nr. 25, 26, 27, 29 und 30 auf bzw. konnten diese Items aus *körperlichen* Gründen nicht gelöst werden. Nach einer Methode von Borchelt (2005) wurde der tatsächlich erzielte MMST-Wert hochgerechnet, so dass alle Studienteilnehmer eine Punktzahl von 0 bis 30 Punkten erreichen konnten.

Die Teilnehmer waren angehalten, zu jeder Zeit Fragen zu stellen, wenn Ihnen etwas unklar erschien oder sie den Sinn einer Frage nicht verstanden. Nach Beendigung des MMST wurden Sie nochmals aufgefordert alle Fragen zur Studie und den Forschungszielen zu stellen, die noch offen waren.

## **2.3 Auswertung**

Sämtliche quantitativen statistischen Auswertungen wurden mit SPSS Version 13.0 für Windows durchgeführt. Qualitative Analysen wurden unter zu Hilfenahme von SPSS Version 13.0 per Hand durchgeführt.

### **2.3.1 Studie 1 (Qualitative Interviews)**

#### *2.3.1.1 Charakteristika der Stichprobe*

Der soziodemografische Fragebogen wurde ausschließlich deskriptiv ausgewertet. Der Fragebogen zum Gesundheitszustand sowie der MMST dienten der Feststellung von Ein- und Ausschlusskriterien und wurden in der Auswertung nicht weiter berücksichtigt.

#### *2.3.1.2 Auswertung der Interviewdaten – Induktive Kategorienbildung*

Für die Auswertung der Interviews wurde in Anlehnung an Mayring (Mayring, 2003) der Zugang induktiver Kategorienbildung gewählt. Bei diesem Vorgehen werden aus transkribierten Interviewtexten systematisch für die Fragestellung relevante Bedeutungseinheiten extrahiert und in mehreren Schritten zu Kategorien zusammengefasst. In Abhängigkeit von der Fragestellung wird mit dieser Methode die inhaltliche Systematik von Texten direkt aus den Inhalten dieser Texte abgeleitet. Im Allgemeinen führen mindestens zwei unabhängige Kodierer die induktive Kategorisierung durch, um die Reliabilität bzw. Objektivität der abgeleiteten Kategorien zu gewährleisten.

Die Kategorienbildung erfolgt in klar gegliederten Teilschritten (Flick, 2002; Mayring, 2003): Zunächst ist es notwendig, eine Fragestellung bzw. ein Thema zu explizieren. Anschließend werden die in Hinblick auf die Fragestellung bedeutsamen Sätze innerhalb des Textes auf ihre Kernaussage reduziert bzw. bei mehreren Kernaussagen in einem Satz zunächst in Teilsätze aufgeteilt. Es werden dann Stichworte zu jeder Kernaussage gebildet, die anschließend unter inhaltliche Kategorien gruppiert werden. Diese können ggf. weiter zu übergeordneten Hauptkategorien zusammengefasst werden.

Nach Kodierung von etwa 25% der Interviews sollte zwischen den Kodierern ein erstes Abgleichen der Kategorienbezeichnungen stattfinden. Abschließend sollte die Reliabilität des Kategoriensystems über eine Bestimmung der Inter-Coder-Reliabilität überprüft werden, für die verschiedene Methoden zur Verfügung stehen.

Diesen Richtlinien entsprechend wurden die Tonaufzeichnungen der qualitativen Interviews zunächst transkribiert (siehe Anhang X). Wurde über längere Strecken des Interviews eindeutig *ohne* direkten Bezug auf die Fragestellungen gesprochen, so wurden diese Teile in der Transkription ausgespart und die jeweilige Stelle im Transkript kenntlich gemacht. Pausen, Intonation, nonverbale Äußerungen usw. wurden *nicht* in das Transkript aufgenommen, da die Auswertung ausschließlich auf der Ebene inhaltlicher sprachlicher Äußerungen stattfand.

Zwei unabhängige Psychologen (im Folgenden *MH* und *UK*), beide mit der Kategorisierung von Interviewdaten vertraut, werteten die Interviews entlang der oben dargelegten Teilschritte aus. Ziel der Auswertung war es, aus den Äußerungen der Teilnehmer induktiv ein Kategoriensystem abzuleiten, welches aus ihrer Sicht für die eigene Lebensqualität relevante Themen oder Bereiche des Lebens abbildet. Die Fragestellung an der sich die Kodierer bei der Kategorienbildung orientieren sollten lautete: *Welche Themen bzw. Bereiche (z. B. Sachverhalte, Kontexte, Gegenstände oder Personen) besitzen nach eigener Aussage eine positive oder negative Bedeutung für die Lebensqualität der Studienteilnehmer?* Die Kategorien sollten möglichst konkret, jedoch *nicht idiografisch* sein, um auf einer mittleren Abstraktionsebene einen Überblick über die inhaltliche Breite des Konstrukts Lebensqualität aus der Perspektive multimorbider älterer Menschen zu gewinnen. Als Analyseeinheiten galten Sätze, Satzteile und ggf. einzelne Wörter, mit denen der Studienteilnehmer auf eine Bedeutung des genannten Sachverhalts, Gegenstandes, der Personen usw. für die eigene Lebensqualität hinwies.

Nach Abschluss der Kategorisierungen wurde die Inter-Coder-Reliabilität bestimmt. Es wurde überprüft, in wie weit die beiden Kodierer aus den einzelnen Interviews übereinstimmende Kategorien ableiteten, d. h. wie groß die Übereinstimmung der Zuordnung der abgeleiteten Kategorien zu den einzelnen Studienteilnehmern ist. Es wurde *nicht* überprüft ob innerhalb der einzelnen Interviews je Analyseeinheit (Satz, Wort) die gleiche Zuordnung getroffen wurde. Ebenfalls wurde keine Evaluation der Übereinstimmungen der *Häufigkeit der Nennung* von Kategorien je Interview vorgenommen.

Die Inter-Coder-Reliabilität wurde über den M-Koeffizienten, ein Maß für die Ähnlichkeit zwischen Objekten mit binärer Variablenstruktur bestimmt (vgl. Gower, 1998). Dazu wurden die beiden unabhängigen Kodierer als Vergleichsobjekte gesetzt, ihre jeweiligen Urteile bezüglich einer Kategorie als „in den Äußerungen des jeweiligen Teilnehmers vorkommend“ oder „nicht vorkommend“ als binäre Variablenausprägungen. Entsprechend gibt es vier unterschiedliche mögliche Kombinationen von Urteilen je Kategorie: Beide Kodierer urteilen positiv („Kategorie kommt im Interview mit dem Teilnehmer vor“), beide urteilen negativ („Kategorie kommt im Interview mit dem Teilnehmer nicht vor“), Kodierer MH urteilt positiv und Kodierer UK negativ, Kodierer UK urteilt positiv und Kodierer MH negativ. Die Urteile der Kodierer wurden in zwei getrennt Matrizen übertragen; in einer dritten Matrix sind Übereinstimmungen und Unterschiede in den Kategorisierungen gekennzeichnet. Die Matrizen und die Berechnung finden sich in Anhang XI. Der M-Koeffizient berechnet sich nach folgender allgemeinen Formel:

Formel 1 *M-Koeffizient: Ähnlichkeitsmaß zweier Objekte mit binärer Variablenstruktur*

$$M = (a + d)/m$$

mit a = Summe der übereinstimmend positiv gekennzeichneten Kategorien  
d = Summe der übereinstimmend negativ gekennzeichneten Kategorien  
m = Gesamtzahl möglichen Urteile innerhalb des Kategoriensystems

### 2.3.1.3 Erstellen der Anregungsliste

Um Hinweise auf die externe Validität der induktiv gebildeten Kategorien zu erhalten wurden die Ergebnisse von Studie 1 mit einer Anzahl anderer Studien zu verwandten Fragestellungen „dem Augenschein nach“ verglichen (vgl. Tabelle 4). Abweichungen aufgrund unterschiedlicher Wortwahl bzw. der Übersetzung wurden vernachlässigt. Die Anregungsliste für den FLQM wurde auf Basis des induktiv gebildeten Kategoriensystems und des Literaturvergleichs zusammengestellt. Sie sollte, trotz eines möglichst breiten Spektrums an Bereichen, übersichtlich und relativ kurz sein und die aufgeführten Kategorien verständlich und lebensnah wiedergeben. Sie wurde in einem Expertengespräch mit einem Psychometriker und einem Gerontopsychologen diskutiert und in Abstimmung mit ihnen in ihrer endgültigen Form festgehalten. Es sollten sowohl häufig als auch

weniger häufig genannte Kategorien berücksichtigt werden, um den Studienteilnehmern einen Eindruck von der inhaltlichen Vielfalt des Konstruktes Lebensqualität zu geben und auch Nennungen mit eher persönlichen Inhalten anzuregen.

### 2.3.2 Studie 2 (Pilotuntersuchung mit dem FLQM)

#### 2.3.2.1 *Charakteristika der Studienstichprobe*

Die Studienstichprobe wird hinsichtlich aller im soziodemografischen und Krankheitsfragebogen erhobenen Variablen beschrieben.

#### 2.3.2.2 *Charakteristika des FLQM*

Merkmale der Verteilung des FLQM-Gesamtscore sowie der Durchführungsdauer und der Anzahl genannter Lebensbereiche werden deskriptiv und grafisch dargestellt. Die Normalverteilung der Messwerte wird mittels eines Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest überprüft.

#### 2.3.2.3 *Charakteristika der übrigen Fragebögen (ALZ, PANAS, PGCMS, SF-36)*

Die Werteverteilungen der verwendeten Fragebögen zu den Variablen „allgemeine Lebenszufriedenheit“, „allgemeines subjektives Wohlbefinden“, „positiver Affekt“, „negativer Affekt“, „subjektive Einschätzung der körperlichen Gesundheit“ und „subjektive Einschätzung der psychischen Gesundheit“ werden deskriptiv und grafisch sowohl hinsichtlich des jeweiligen Gesamtscores als auch ihrer Subskalen dargestellt. Für die körperliche und psychische Summenskala des SF-36 liegen Normdaten der deutschen Bevölkerung vor (Bullinger & Kirchberger, 1998). Abweichungen der Mittelwerte der körperlichen und psychischen Summenskalen des SF-36 von diesen Referenzwerten werden über die zugehörigen z-Werte der Standardnormalverteilung überprüft.

#### 2.3.2.4 *Explorative Validierung des FLQM – externe und interne Validität*

Anhand der neben dem FLQM erhobenen Fragebögen wird eine explorative Konstruktvalidierung des FLQM vorgenommen. Eine Konstruktvalidierung ermöglicht über die Überprüfung von Zusammenhangsannahmen zwischen dem Konstrukt („Lebensqualität“) und externen Variablen eine Abschätzung der Gültigkeit der Messergebnisse (vgl. Lienert & Raatz, 1998; Rost, 2004). Für den FLQM wurden Annahmen über Zusammenhänge mit den Merkmalen „allgemeine Lebenszufriedenheit“,

„allgemeines subjektives Wohlbefinden“, „positiver Affekt“, „negativer Affekt“, „subjektive Einschätzung der körperlichen Gesundheit“ und „subjektive Einschätzung der psychischen Gesundheit“ geprüft.

Über Spearman-Korrelationen werden die Zusammenhänge zwischen dem FLQM-Gesamtscore und der allgemeinen Lebenszufriedenheit (mit möglichen Unterschieden in Abhängigkeit von Erhebungszeitpunkt der ALZ), positivem Affekt (PANAS), negativem Affekt (PANAS), dem PGCMS und seinen Subskalen Unaufgeregtheit, Zufriedenheit mit dem eigenen Alter und Lebenszufriedenheit, der körperlichen Lebensqualität (SF-36), der psychischen Lebensqualität (SF-36) sowie den einzelnen Subskalen des SF-36 überprüft. Korrelationskoeffizienten ab 0,10 werden als schwache Effekte, ab 0,30 als mittlere Effekte und solche ab 0,50 als starke Effekte gewertet (vgl. Bortz & Döring, 2003).

Hinweise auf die interne Validität werden über das Antwortverhalten der Stichprobe oder von Teilstichproben gewonnen (vgl. Rost, 2004). Annahmen über Zusammenhänge zwischen FLQM-Gesamtscore und Alter sowie Anzahl der berichteten Erkrankungen werden anhand von Spearman-Korrelationen getestet. Annahmen über Unterschiede im Gesamtscore nach Altersgruppe, Geschlecht, partnerschaftlicher Situation, Bildungsstand und Vorliegen einer Pflegestufe werden mittels Mann-Whitney-U-Tests geprüft.

#### 2.3.2.5 *Inhaltsvalidität des FLQM und querschnittliche Unterschiede subjektiver Konstruktionen von Lebensqualität*

Inhaltsvalidität bezeichnet die unter theoretisch-inhaltlichen Gesichtspunkten anzunehmende Gültigkeit eines Fragebogens. Sie wird für den FLQM vornehmlich im Rahmen der Diskussion der Ergebnisse bewertet, da es schwierig ist für diesen bedeutenden Validitätsaspekt Grenzwerte oder messbare Standards festzulegen. Die von den Teilnehmern konkret benannten Lebensbereiche werden mittels unterschiedlicher Ansätze ausgewertet: Zunächst werden im Rahmen einer Häufigkeitsanalyse die *genannten* Bereiche von einem Kodierer qualitativ-inhaltsanalytisch Kategorien zugeordnet, welche im wesentlichen auf dem im Rahmen von Studie 1 entwickelten Kategoriensystem (vgl. Abschnitt 2.3.1.3) basieren, ggf. ergänzt, falls die Entwicklung neuer Kategorien aus den Nennungen der Studienteilnehmer notwendig erschien. Die Häufigkeitsverteilung der genannten Lebensbereiche über das Kategoriensystem wird deskriptiv dargestellt. Auf eine quantitative Auswertung bzw. Verteilungsvergleiche zwischen Subgruppen (z. B.

Geschlechter, Altersgruppen) wurde verzichtet, da die Kategorisierung der Nennungen teilweise nicht trennscharf möglich ist und in den subgruppenspezifischen Häufigkeitsverteilungen mit einer größeren Anzahl sehr kleiner Klassengrößen ( $< 5$ ) zu rechnen ist. Aus diesen Gründen wird in den meisten Darstellungen nur auf die relativen Häufigkeiten der Bereichsnennungen (*Subgruppengröße  $n$  geteilt durch absolute Häufigkeit  $f$  der Nennung innerhalb der Subgruppe*) Bezug genommen. Vergleiche finden, wenn überhaupt, nur „dem Augenschein nach“ statt.

Mögliche Zusammenhänge zwischen der Anzahl der individuell genannten Dimensionen und dem Alter sowie der Anzahl der berichteten Erkrankungen werden untersucht (beide Spearman-Korrelation), ebenso Unterschiede in der Anzahl der generierten Lebensbereiche bezüglich Alter, Bildungsstand und Geschlecht (Mann-Whitney-U-Tests).

Des Weiteren soll die Unabhängigkeit der individuellen Bereichsnennungen von der Anregungsliste untersucht werden. In diesem Auswertungsschritt werden die idiografischen Bereichsbezeichnungen der Teilnehmer direkt mit der Anregungsliste verglichen. Kategorielle Nähe wird *bei deutlich anderer Wortwahl bzw. stark idiografisch gefärbten Details* nicht als Übereinstimmung gewertet: „geistige Fähigkeiten ausbilden und entwickeln, d. h. mit interessanten Dingen beschäftigen, Sprache lernen“ (ID 51) würde beispielsweise *nicht* als „eigene geistige Fähigkeiten, z. B. das Gedächtnis“ (Beispiel aus Anregungsliste) gewertet werden. Da die Teilnehmer unterschiedlich viele Bereiche benennen, wird für jeden Teilnehmer anschließend der Quotient aus Übereinstimmungen individueller Nennungen mit der Anregungsliste und Gesamtanzahl der individuellen Nennungen bestimmt. Ein Quotient von 0 steht für völlige Unabhängigkeit von der Anregungsliste (keine Übereinstimmungen), bei einem Wert von 1 besteht völlige Übereinstimmung aller Nennungen des Teilnehmers mit Beispielen aus der Liste. Die Verteilung dieser Verhältniswerte wird für die Gesamtstichprobe sowie getrennt nach Geschlecht, Altersgruppen und Bildungsstand dargestellt. Mögliche Unterschiede der zentralen Tendenz zwischen den Teilstichproben (Geschlecht, Altersgruppe, Bildung) mittels Mann-Whitney-U-Tests überprüft.

Informationen bezüglich der Verständlichkeit, Struktur und allgemeinen Einschätzung des FLQM seitens der Teilnehmer werden anhand des begleitenden Meta-Fragebogens untersucht. Neben Teilstichprobencharakteristika und Antwortverteilungen



werden die Kommentare zu den Fragen 1, 3 und 10 des begleitenden Meta-Fragebogens qualitativ-inhaltlich ausgewertet.

#### 2.3.2.6 *Reproduzierbarkeit der Ergebnisse: Explorativer Längsschnitt*

Eine Reliabilitätsanalyse mit einem *test-retest*-Design ist aufgrund der Fluktuation des gemessenen Merkmals nicht sinnvoll. Eine Bestimmung der Reliabilität mittels einer *split-half*-Methode bzw. eine Überprüfung der inneren Konsistenz scheiden in Anbetracht der großen Heterogenität der (individuell generierten) Items ebenfalls aus. Um dennoch einen ersten Eindruck von der Reproduzierbarkeit der Ergebnisse des FLQM zu erhalten, wurde von einer Teilstichprobe ( $n = 10$ ) der FLQM etwa sechs Monate nach der ersten Erhebung ein zweites Mal bearbeitet. Als externer Index wurde zu Beginn der Sitzung die Frage nach der allgemeinen Lebenszufriedenheit gestellt. Im Anschluss an die Bearbeitung des FLQM wurde danach gefragt, wie gut die Person sich an die erste Sitzung mit dem Fragebogen und die von ihr benannten Lebensbereiche erinnern konnte. Dann wurde eine offene Frage nach Veränderungen und Ereignissen im eigenen Leben oder dem von nahe stehenden Dritten gestellt. Diese Informationen sollen Rückschlüsse auf die Ursachen möglicher Veränderungen in Inhalt oder Ausprägung der individuell benannten Bereiche ermöglichen. Zuletzt wurde nach der Anzahl der aktuell bestehenden behandlungsbedürftigen Erkrankungen gefragt (vgl. Anhänge XII und XIII).

#### 2.3.3 Umgang mit fehlenden Werten

Für die Fragebögen PANAS und PGCMS wurden fehlende Werte auf der Ebene der Subskalen jeweils durch den Mittelwert aller gültigen Werte der jeweiligen Subskala ersetzt. Für den SF-36 wurden fehlende Werte gemäß der Auswertungsvorschriften der Handanweisung berechnet (siehe Bullinger & Kirchberger, 1998, S. 17ff). Der Gesamtscore des MMST wurden bei fehlenden Werten mittels der Methode von Borchelt (2005) geschätzt; dabei wird davon ausgegangen, dass die Person alle fehlenden Items hätte lösen können.

### III ERGEBNISSE

#### 3.1 Stichprobenkennwerte und deskriptive Merkmale

##### 3.1.1 Studie 1 (Qualitative Interviews): Stichprobenkennwerte und deskriptive Merkmale

Insgesamt stimmten 12 Klienten einem telefonischen Vorgespräch zu, bei neun davon kam es zu einer Terminvereinbarung und Datenerhebung. Im Rahmen der Feststellung von Ein- und Ausschlusskriterien musste eine Person wegen zu starker kognitiver Beeinträchtigung aus der Studie ausgeschlossen werden. Die endgültige Studienstichprobe bestand aus drei Männern und fünf Frauen, deren Alter zwischen 65 und 93 Jahren variierte ( $M = 77,75$ ). Der überwiegende Teil lebte alleine in der eigenen Wohnung, nur zwei Teilnehmer lebten mit einer Partnerin bzw. einem Partner zusammen. Mit Ausnahme zweier Personen hatten alle Teilnehmer eine Pflegestufe. Die Länge der Interviews variierte zwischen 9 und 55 Minuten ( $M = 20$  Minuten). Tabelle 5 fasst die erhobenen deskriptiven Merkmale und die Ergebnisse des MMST in einer Übersicht zusammen.

Tabelle 5 *Soziodemografische Merkmale und MMST (Studie 1)*

	<b>n</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>	<b>M</b>
Alter	8	65	93	77,75
MMST	8	28	30	29,25
Interviewdauer (Minuten)	8	9	55	20
weiblich	5	-	-	-
Haupt-/Volksschule	3	-	-	-
Real-/Polytechnische Oberschule	3	-	-	-
Abitur	2	-	-	-
ledig	2	-	-	-
verheiratet	2	-	-	-
verwitwet	4	-	-	-
keine Kinder	4	-	-	-
alleinlebend	6	-	-	-
PS 2	5	-	-	-
PS 3	1	-	-	-
keine PS	2	-	-	-

N = 8

### 3.1.2 Studie 2 (Pilotuntersuchung mit dem FLQM): Stichprobenkennwerte und deskriptive Merkmale

Aus der Klientel der ambulanten Pflegedienste wurden auf deren Zustimmung hin zehn Personen kontaktiert, bei acht davon kam es zu einer Terminvereinbarung und Datenerhebung. Von zehn über die Praxis für physikalische Therapie kontaktierten Personen kam es mit neun zu einer Terminvereinbarung und Datenerhebung. Auf die Anzeige in der AOK-Zeitung „Bleibgesund Plus“ (Anonym, 2006) meldeten sich insgesamt 41 Interessierte, von 27 Personen konnten vollständige Datensätze gewonnen werden: Vier erfüllten nicht die Einschlusskriterien (Alter unter 65 Jahren oder weniger als vier aktuelle Erkrankungen), sechs wollten lediglich genauere Informationen zu bestimmten Erkrankungen oder Behandlungsmöglichkeiten, bei einer Person erwies sich aus gesundheitlichen Gründen die Vereinbarung eines Termins als nicht durchführbar, weitere zwei verweigerten nach Erhalt der Informationen über Hintergrund und Ablauf der Studie die Teilnahme, eine Person bat aufgrund subjektiv wahrgenommener kognitiver Defizite während der Erhebung um den Abbruch der Befragung. Von insgesamt 61 kontaktierten Personen fanden bei 45 Terminvereinbarungen und Erhebungen statt, von 44 konnten vollständige Datensätze erhoben werden (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6 *Teilnehmerkontakte und tatsächliche Einschlüsse (Studie 2)*

<b>Quelle</b>	<b>Kontakte insgesamt</b>	<b>Terminvereinbarung</b>	<b>vollständiger Datensatz</b>
ambulante Pflegedienste	10	8	8
Praxis für physikalische Therapie	10	9	9
AOK „Bleib gesund“	41	28	27
alle Quellen	61	45	44

Die Studienstichprobe bestand aus 33 Frauen und 11 Männern im Altersbereich von 65 bis 96 Jahren ( $M = 78$  Jahre,  $SD = 8,09$ ). Davon lebten 31 Personen alleine in der eigenen Wohnung, zehn mit ihrem Partner. Von den allein lebenden Personen waren nochmals drei in einer festen Partnerschaft. Elf Personen hatten eine Pflegestufe. Von den Befragten hatten 14 die Schule bis maximal zum Volks- bzw. Hauptschulabschluss absolviert, 14 hatten maximal die Realschule/Polytechnische Oberschule besucht oder einen vergleichbaren Abschluss gemacht, 16 Teilnehmer hatten das Abitur bzw. einen Abschluss der erweiterten Oberschule. Tabelle 7 fasst die erhobenen Variablen zusammen.

Tabelle 7 *Soziodemografische Merkmale (Studie 2)*

	<b>n</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>Median</b>
Alter	-	65	96	77,80	8,09	77,00
Altersgruppe 80+	14	-	-	-	-	-
weiblich	33	-	-	-	-	-
bis Haupt-/Volksschule	14	-	-	-	-	-
Real-/Polytechnische Oberschule	14	-	-	-	-	-
Abitur/EOS	16	-	-	-	-	-
in Partnerschaft	13	-	-	-	-	-
ledig	5	-	-	-	-	-
verwitwet	17	-	-	-	-	-
alleinlebend	31	-	-	-	-	-
keine Kinder	7	-	-	-	-	-
Pflegestufe (PS1 oder PS2)	11	-	-	-	-	-
Anzahl Erkrankungen	-	4	9	4,66	1,01	4,00

N = 44

### 3.2 Studie 1: Qualitative Interviews

#### 3.2.1 Induktive Kategorienbildung

Tabelle 8 zeigt die Häufigkeitsverteilung (Anzahl der Interviews in denen die jeweilige Kategorie kodiert wurde) der abgeleiteten Bereichskategorien, die aus Sicht der befragten multimorbiden älteren Menschen eine Bedeutung für die eigene Lebensqualität besitzen. Die Anzahl der je Interview angesprochenen Kategorien schwankte zwischen 11 und 18, im Schnitt wurden 13,5 Kategorien aus einem Interview abgeleitet. Eine Auswertung hinsichtlich der Auftretenshäufigkeit der einzelnen Kategorien pro Interview, d.h. je Teilnehmer, wurde nicht vorgenommen.

Tabelle 8 *Kategorien subjektiver Lebensqualität und Häufigkeit der Nennung (Studie 1)*

Nr.	Kategoriename	f	Nr.	Kategoriename	f
1	Mobilität & körperliche Fähigkeiten	8	16	Partner	3
2	Aktionsradius & Mobilitätshilfen	6	17	Reisen	3
3	Autonomie & Selbstbestimmung	6	18	Schmerzen	3
4	eigene Gesundheit	6	19	Soziale Harmonie	3
5	Familie	6	20	Wohlbefinden & sinnl. Erfahrung	3
6	soziale Kontakte	6	21	Wohnumfeld & Infrastruktur	3
7	eigene Wohnung	5	22	Aneignung neuer Fähigkeiten	2
8	Fernsehen & Medien	5	23	eigenes Erscheinungsbild	2
9	Hilfe im Alltag & Pflege	5	24	kognitive Fähigkeiten	2
10	Hobbys	4	25	Kontinenz	2
11	Kultur & Ästhetik	4	26	Zukunft	2
12	(soziale) Teilhabe am Leben	4	27	Glaube & Spiritualität	1
13	Freundschaften	3	28	Intimität & Sexualität	1
14	Finanzen	3	29	Sterben und Tod	1
15	Lebensrückblick	3	30	Sonstiges (z. B. Haustiere, Technik)	3

N = 8

### 3.2.2 Erstellen der Anregungsliste für den FLQM

Die aus den Interviews in Studie 1 abgeleiteten, subjektiv für die Lebensqualität bedeutsamen Lebensbereiche sollen im Rahmen der Instruktionen des FLQM als Anregung zur Bereichsgenerierung für die Befragten dienen. Im Vergleich mit der neueren internationalen Forschungsliteratur kann das abgeleitete Kategoriensystem als hinreichend umfassend bewertet werden: In der gesichteten Literatur (vgl. Abschnitt 1.3.6.4) fanden sich auf vergleichbarer Abstraktionsebene keine Lebensbereiche, die eine Erweiterung des Kategoriensystems aus Studie 1 notwendig erscheinen ließen.

Da das Kategoriensystem sehr umfangreich ist, erscheint es nicht sinnvoll, alle Kategorien in die Anregungsliste einfließen zu lassen. Die Liste soll explizit als *Anregung* für einen erweiterten Kontext der Reflektion von „Lebensqualität“ dienen und den Befragten einen Eindruck von der Breite des Konstrukts und der Vielfalt ihrer Entscheidungsmöglichkeiten bieten. Sie ist also nicht als Auswahlliste im engeren Sinne gedacht und erhebt keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit oder Repräsentativität. In Anbetracht der Tatsache, dass die menschliche Kurzzeitgedächtnisspanne zwischen fünf

und neun „*chunks*“ umfasst (vgl. Anderson, 2001) wurde die Entscheidung getroffen, insgesamt neun Kategorien bzw. Bereiche in die Liste bzw. die Instruktion zu integrieren.

Zu Beginn der Instruktion werden drei Lebensbereiche erwähnt, die sowohl in der qualitativen Vorstudie als auch nach der Literatur sehr häufig von älteren Menschen als bedeutsam genannt werden. Anschließend werden sechs Bereiche aufgeführt, die in Studie 1 und der Literatur eher selten genannt wurden (vgl. Abschnitte 1.3.6.4 und 3.2). Dieser Teil der Instruktion ist als die eigentliche „Anregungsliste“ zu verstehen, da hier auch möglicherweise nicht direkt hervorstechende Themen benannt sind. Tabelle 9 enthält einen Überblick über den Inhalt der beispielhaft innerhalb der Instruktion genannten Bereiche (für die vollständige Instruktion vgl. Anhänge V und VI). Drei Beispiele (2; 3; 4) nehmen auf die eigene Gesundheit in den Facetten körperliche, funktionale und psychische (kognitive) Gesundheit Bezug, zwei Beispiele (1; 6) auf soziale Beziehungen mit den Facetten Familie und Freundeskreis, ein Beispiel (5) bezieht sich auf das direkte Wohnumfeld (welches z. B. von Borglin et al. [2005] stark betont wird), während drei weitere Beispiele (7; 8; 9) soziale und private Aktivitäten ansprechen.

Tabelle 9 *Beispielbereiche innerhalb des FLQM: Inhalte und Formulierungen*

	<b>Inhalt / Thema</b>	<b>Formulierung im Fragebogen</b>
1	Familie	<i>der Kontakt zu ihrer Familie</i>
2	Gesundheitszustand	<i>ihr eigener Gesundheitszustand</i>
3	körperliche Mobilität	<i>wie gut sie sich bewegen können</i>
4	kognitive Fähigkeiten	<i>die eigenen geistigen Fähigkeiten, zum Beispiel das Gedächtnis</i>
5	Wohnumfeld	<i>die Art, wie die Wohnung gestaltet ist</i>
6	Freundschaften	<i>die Pflege von Freundschaften</i>
7	Teilhabe am Leben	<i>am Leben aktiv teilnehmen zu können</i>

### 3.3 Studie 2: Pilotuntersuchung mit dem FLQM

#### 3.3.1 FLQM: Deskriptive Merkmale und Zusammenhänge mit soziodemografischen Variablen

Die empirische Verteilung der Gesamtscores des FLQM innerhalb der Studienstichprobe wies bei einer Standardabweichung von  $SD = 0,75$  einen Mittelwert von  $M = 4,04$  auf, der damit leicht über dem theoretischen Skalenmittelwert von 3,5 liegt. Der Median lag ebenfalls bei 4,04. Die Verteilung der Werte wies eine Schiefe von -0,23 auf, war also leicht linksschief. Das empirische Minimum betrug 2,20, das Maximum 6,00. Die Messwerte sind annähernd normalverteilt (Kolmogorov-Smirnov- $Z = 0,57$ ,  $p = 0,90$ ).

Die Durchführung der Befragung anhand des FLQM dauerte zwischen sechs und 46 Minuten, der Mittelwert lag bei  $M = 18,76$  Minuten ( $SD = 9,86$ ), der Median bei 15 Minuten. Fünfundzwanzig Prozent der Teilnehmer bearbeiteten den FLQM in höchstens 12 Minuten (unteres Quartil) und 75% in unter 25 Minuten (drittes Quartil). Für sechs Personen lagen keine Daten zur Durchführungsdauer vor. Tabelle 10 fasst die empirischen Kennwerte zusammen, Abbildung 5 zeigt die Verteilung der FLQM-Gesamtwerte.

Die Studienteilnehmer benannten zwischen drei und acht Bereiche, die für ihre Lebensqualität von Bedeutung sind, im Schnitt waren es  $M = 5,5$  Bereiche, bei einem Median von 5. Abbildung 6 verdeutlicht die Häufigkeitsverteilung der Anzahl individuell genannter Lebensbereiche.

Tabelle 10 *Kennwerte der empirischen Werteverteilung des FLQM*

	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>Median</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Schiefe</b>	<b>1. Quartil</b>	<b>3. Quartil</b>
FLQM-Score	4,04	0,75	4,04	2,20	6,00	-0,23	3,61	4,60
Dauer (Min)	18,76	9,86	15	6	46	-	12	24,25

$N = 44$  (FLQM-Score);  $n = 38$  (Dauer)

Abbildung 5 Empirischen Werteverteilung des FLQM

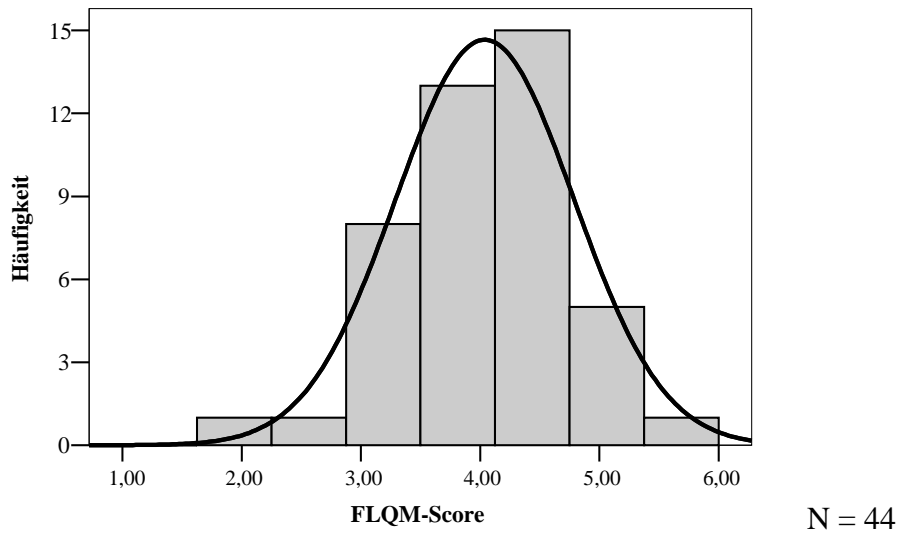
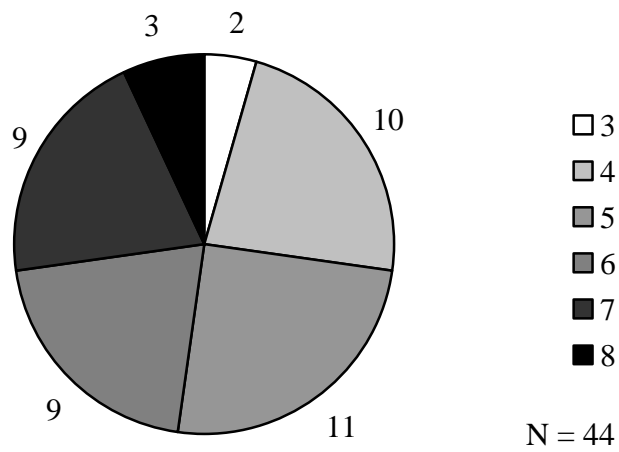


Abbildung 6 Anzahl individuell genannter Lebensbereiche





3.3.2 Charakteristika der Fragebögen zur Validierung (ALZ, PANAS, PGCMS, SF 36)

Neben dem FLQM wurden im Rahmen der Piloterhebung eine Anzahl weiterer Fragebögen erhoben, um eine Vorabschätzung seiner Validität zu ermöglichen. Zunächst werden Kennwerte und Verteilungen dieser Skalen und ihrer Subskalen wiedergegeben, im anschließenden Abschnitt werden explorierte Aspekte der Konstruktvalidität dargestellt. Tabelle 11 gibt zunächst eine Übersicht über alle neben dem FLQM erhobenen Skalen.

Tabelle 11 *Deskriptive Kennwerte von ALZ, PANAS, PGCMS und SF-36*

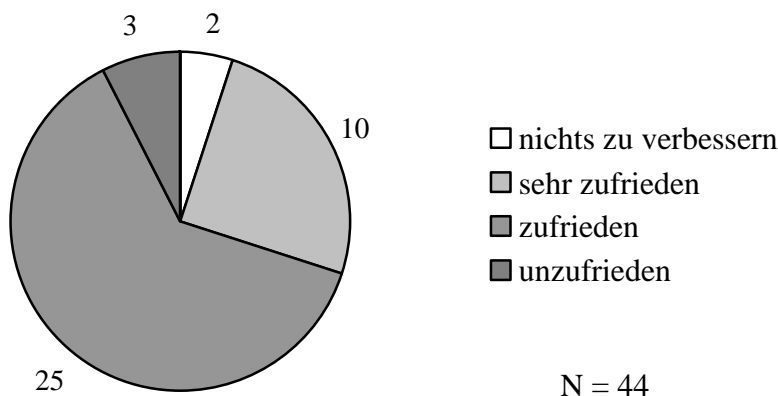
	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>Median</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>	<b>1. Quartil</b>	<b>3. Quartil</b>
ALZ	4,16	0,75	4	3	6	4	5
<b>PANAS</b>							
Positiver Affekt	3,16	0,56	3,20	1,80	4,30	2,80	3,60
Negativer Affekt	1,46	0,52	1,20	1,00	2,71	1,00	1,88
<b>PGCMS</b>							
Unaufgeregtheit	3,74	0,87	3,75	1,83	5,00	2,88	4,63
Zufriedenheit mit dem eigenen Alter	3,20	1,01	3,23	1,20	5,00	2,40	4,00
Lebenszufriedenheit	3,73	0,86	3,75	1,25	5,00	3,25	4,50
Gesamtscore	3,56	0,74	3,58	1,53	5,00	3,02	4,00
<b>SF-36</b>							
Körperliche Summenskala	32,67	11,32	33,68	11,66	55,82	23,73	40,71
Psychische Summenskala	53,14	10,37	55,18	21,75	68,96	49,23	58,88
Körperliche Funktion	41,36	30,08	40	0,00	100	15,00	65,00
Rollenfunktion körperlich	49,43	37,54	50	0,00	100	0,00	75,00
Schmerz	53,34	30,81	51	0,00	100	31,00	72,00
Allgem. Gesundheitswahrnehmung	42,55	17,14	41	10,00	77,50	30,00	55,00
Vitalität	49,32	19,78	52,50	15,00	85,00	30,00	65,00
Soziale Funktion	79,26	30,97	100	0,00	100	62,50	100
Rollenfunktion emotional	90,15	26,49	100	0,00	100	100	100
Psychisches Wohlbefinden	64,39	23,04	68,00	0,00	100	48,00	80,00

Anmerkung: ALZ = Allgemeine Lebenszufriedenheit; PANAS = Positive and Negative Affect Schedule; PGCMS = Philadelphia Geriatric Centre Morale Scale; SF-36 = Short Form 36  
 N = 44

### 3.3.2.1 Allgemeine Lebenszufriedenheit (ALZ)

Die allgemeine Lebenszufriedenheit (ALZ) wurde als sechsstufiges Einzelitem erhoben (1 = es gibt nichts zu verbessern). Die Hälfte der Teilnehmer erhielt die Frage vor der Durchführung des FLQM, die andere Hälfte nach der Bearbeitung des Meta-Fragebogens zum FLQM. Der Mittelwert über alle Teilnehmer betrug  $M = 4,16$  ( $SD = 0,75$ ), der Median lag bei 4 (vgl. Tabelle 11). Von den 44 Studienteilnehmern gaben 37 an, mit ihrem Leben mindestens „zufrieden“ zu sein, 12 waren „sehr zufrieden“ oder sahen keinen Verbesserungsbedarf (siehe Abbildung 7). Es gab keinen Unterschied hinsichtlich der ALZ zwischen den beiden Zeitpunkten (vor oder nach dem FLQM), zu denen das Item vorgelegt wurde ( $Z = -0,87$ ;  $p = 0,39$ , zweiseitig).

Abbildung 7 Allgemeine Lebenszufriedenheit



### 3.3.2.2 Positiver und negativer Affekt (PANAS)

Im Gruppenmittel berichteten die Teilnehmer einen positiven Affekt von  $M = 3,16$  ( $SD = 0,56$ ) und einen negativen Affekt von  $M = 1,46$  ( $SD = 0,52$ ; vgl. Tabelle 11). Die Abbildungen 8 und 9 geben die empirischen Werteverteilungen von positivem und negativem Affekt wieder.

### 3.3.2.3 Allgemeines subjektives Wohlbefinden (PGCMS)

Auf der PGCMS zeigten die Studienteilnehmer insgesamt einen Mittelwert von  $M = 3,56$  ( $SD = 0,74$ ). Auf der Subskala „Unaufgeregtheit“ ergab sich ein Mittelwert von  $M = 3,73$  ( $SD = 0,87$ ), auf der Subskala „Zufriedenheit mit dem eigenen Alter“ von  $M = 3,20$  ( $SD = 1,01$ ) und auf der Subskala „Lebenszufriedenheit“ von  $M = 3,73$  ( $SD = 0,86$ ). Weitere Kennwerte sind aus Tabelle 11 ersichtlich. Die empirische Verteilung der PGCMS-Gesamtscores ist in Abbildung 10 dargestellt.

Abbildung 8 Positiver Affekt (PANAS)

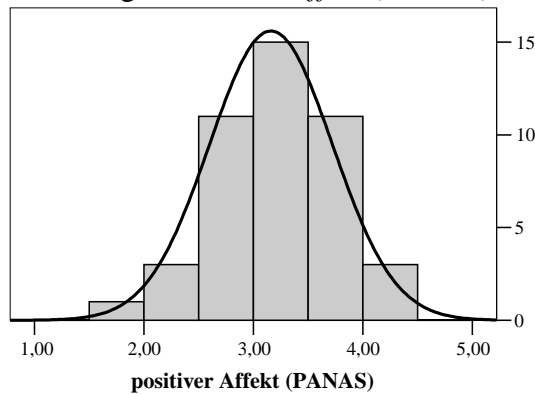


Abbildung 9 Negativer Affekt (PANAS)

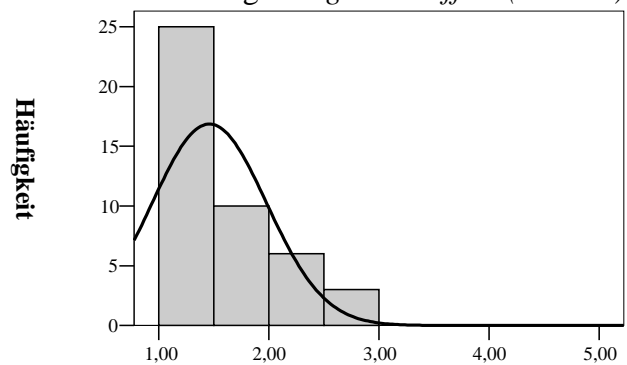
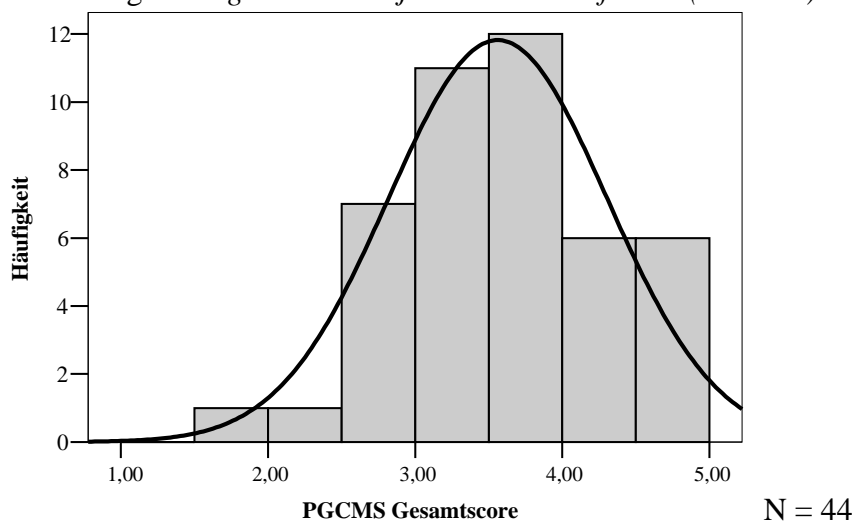


Abbildung 10 Allgemeines subjektives Wohlbefinden (PGCMS)



#### 3.3.2.4 Allgemeiner Gesundheitszustand (SF-36)

Der Fragebogen zum allgemeinen Gesundheitszustand SF-36 wurde hinsichtlich seiner acht Einzelskalen sowie der körperlichen und psychischen Summenskalen ausgewertet (vgl. Tabelle 11). Auf der körperlichen Summenskala ergab sich ein Gesamtmittelwert von  $M = 32,67$  ( $SD = 11,32$ ), auf der psychischen Summenskala von  $M = 53,14$  ( $SD = 10,37$ ). Der Wert auf der körperlichen Summenskala lag damit hoch signifikant ( $Z = -5,43$ ,  $p < 0,001$ , einseitig) unter dem Referenzwert für Personen über 70 Jahre mit aktuellen oder chronischen Erkrankungen von  $M = 39,03$  ( $SD = 10,71$ ) der deutschen Normstichprobe (vgl. Bullinger & Kirchberger, 1998). Demgegenüber lag der Wert der psychischen Summenskala hoch signifikant ( $Z = 2,68$ ,  $p < 0,01$ , einseitig) über dem entsprechenden Referenzwert der Normstichprobe (Personen über 70 Jahre mit aktuellen oder chronischen Erkrankungen) von  $M = 50,01$  ( $SD = 11,37$ ). Die empirischen Werteverteilungen der Studienstichprobe sind in den Abbildungen 11 und 12 wiedergegeben.

Die Einzelskalen umfassen jeweils zwei bis zehn Items, was bei der Interpretation beachtet werden sollte. Für die jeweiligen Subskalen ergaben sich folgende Mittelwerte und Standardabweichungen (vgl. Tabelle 11): „Körperliche Funktion“  $M = 41,36$  ( $SD = 30,08$ ), „Rollenfunktion körperlich“  $M = 49,43$  ( $SD = 37,54$ ), „Schmerz“  $M = 53,34$  ( $SD = 30,81$ ), „Allgemeine Gesundheitswahrnehmung“  $M = 42,55$  ( $SD = 17,14$ ), „Vitalität“  $M = 49,32$  ( $SD = 19,78$ ), „Soziale Funktion“  $M = 79,26$  ( $SD = 30,97$ ), „Rollenfunktion emotional“  $M = 90,15$  ( $SD = 26,49$ ) und „Psychisches Wohlbefinden“  $M = 64,39$  ( $SD = 23,04$ ). Sämtliche Werte liegen unterhalb der Referenzwerte für die deutsche Bevölkerung über 70 Jahre, mit Ausnahme desjenigen für emotionale Rollenfunktion, welcher über dem Referenzwert liegt (vgl. Bullinger & Kirchberger, 1998). In den Abbildungen 13a bis 13h sind die Werteverteilungen der Einzelskalen dargestellt.

Abbildung 11 Körperliche Summenskala (SF-36)

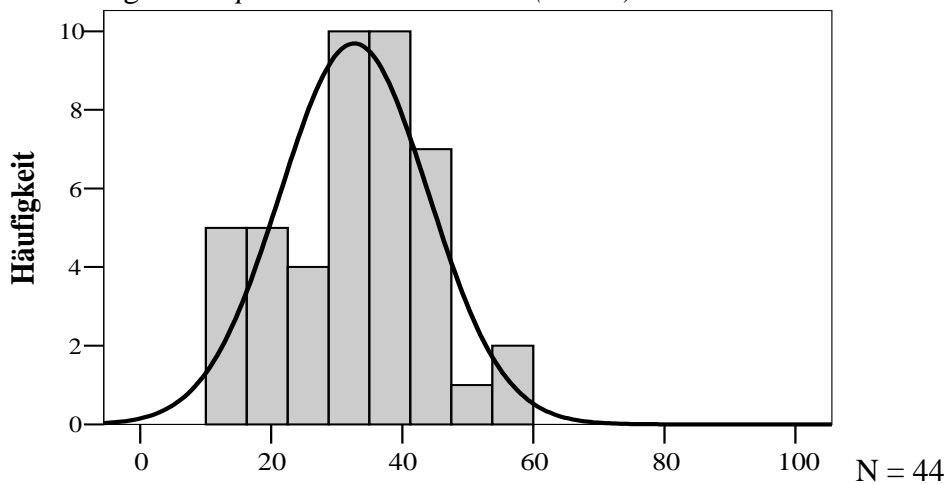
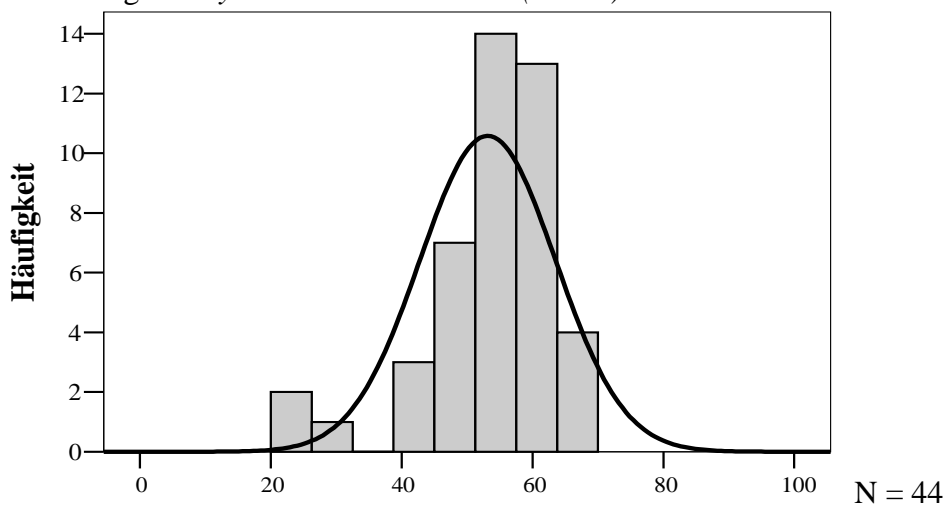


Abbildung 12 Psychische Summenskala (SF-36)



Abbildungen 13a bis 13h *Subskalen SF-36*

Abbildung 13a *Körperliche Funktion*

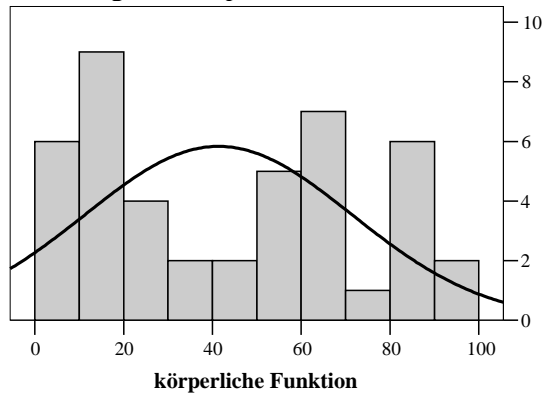


Abbildung 13b *Rollenfunktion körperlich*

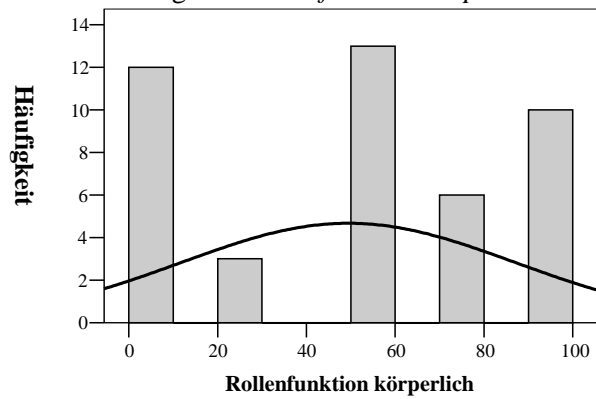


Abbildung 13c *Schmerz*

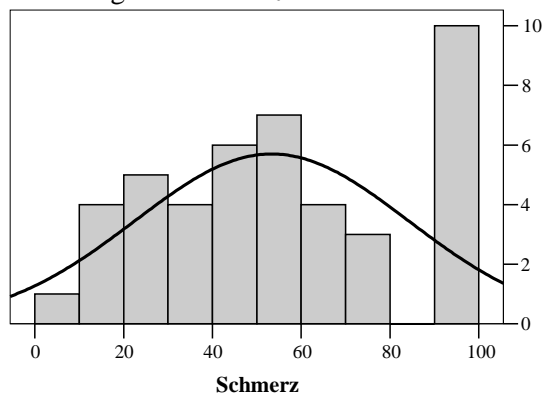


Abbildung 13d *Gesundheitswahrnehmung*

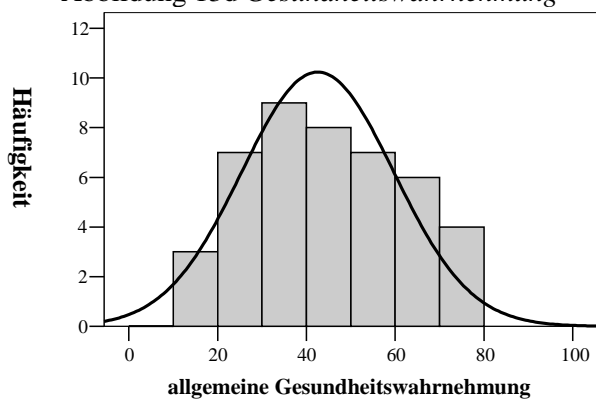


Abbildung 13e *Vitalität*

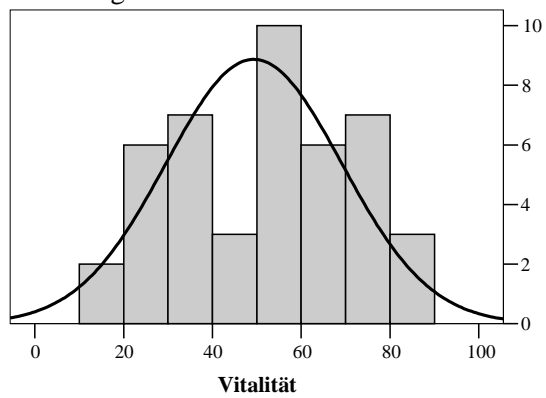


Abbildung 13f *Soziale Funktion*

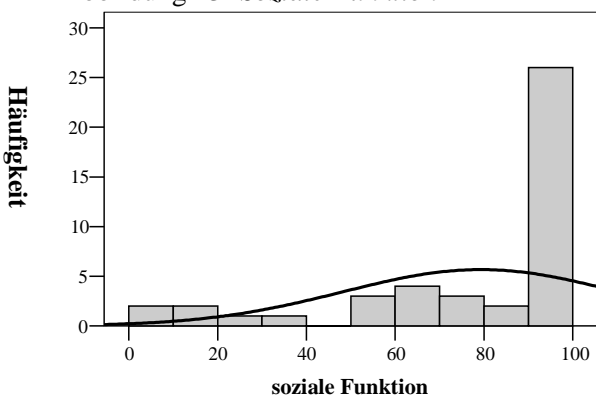


Abbildung 13g *Rollenfunktion emotional*

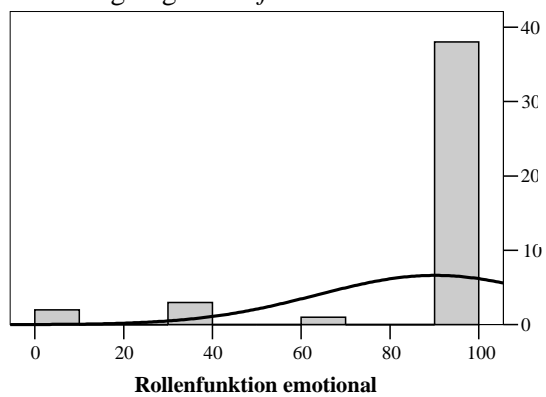
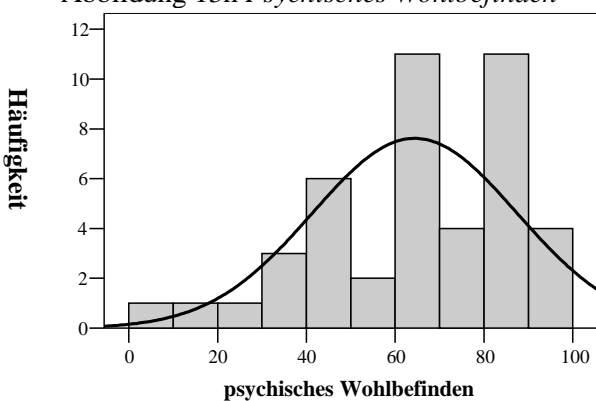


Abbildung 13h *Psychisches Wohlbefinden*



Anmerkung: Alle N = 44

### 3.3.3 Vorabschätzung der Validität des FLQM anhand der Pilotstichprobe

Eine explorative Konstruktvalidierung des FLQM wurde gemäß den Annahmen unter 1.5.1 durchgeführt. Anhand der Bestimmung von Rangkorrelationskoeffizienten nach Spearman wurden Zusammenhänge zwischen dem FLQM und den in den vorigen Abschnitten dargestellten Skalen zu Gesundheit und Wohlbefinden überprüft. Korrelationskoeffizienten von  $r \geq 0,1$  entsprechen kleinen,  $r \geq 0,3$  mittleren und  $r \geq 0,5$  großen Effekten, alle Tests wurden einseitig durchgeführt (vgl. Bortz & Döring, 2003).

Konform mit den Annahmen ergab sich der höchste Zusammenhang des FLQM mit der Frage zur allgemeinen Lebenszufriedenheit ( $r = 0,63$ ,  $p < 0,001$ ). Die Beziehung zu positivem Affekt war etwas enger als angenommen ( $r = 0,50$ ,  $p < 0,001$ ). Mittlere Korrelationen mit dem FLQM zeigten die PGCMS-Subskalen „Zufriedenheit mit dem eigenen Alter“ ( $r = 0,43$ ,  $p < 0,01$ ) und „Lebenszufriedenheit“ ( $r = 0,48$ ,  $p < 0,001$ ), die damit beide etwas weniger eng mit dem FLQM zusammenhingen als angenommen; die Korrelation mit dem PGCMS-Gesamtwert blieb etwas hinter den Erwartungen zurück ( $r = 0,30$ ,  $p < 0,05$ ). Die körperliche Summenskala des SF-36 hing deutlich enger mit dem FLQM zusammen als angenommen ( $r = 0,48$ ,  $p < 0,001$ ), die psychischen Summenskala des SF-36 erwartungskonform ( $r = 0,33$ ,  $p < 0,05$ ). Der FLQM zeigte entgegen den Vorannahmen keine Zusammenhänge mit negativem Affekt ( $r = -0,15$ ,  $p = 0,17$ ) und der PGCMS-Skala „Unaufgeregtheit“ ( $r = -0,02$ ,  $p = 0,45$ ). Die Einzelskalen des SF-36 standen in einem schwachen bis mittleren Zusammenhang mit dem FLQM, waren jedoch mit keinen Vorannahmen verbunden: Körperliche Funktion ( $r = 0,50$ ,  $p < 0,001$ ), Rollenfunktion körperlich ( $r = 0,44$ ,  $p < 0,05$ ), Schmerzen ( $r = 0,51$ ,  $p < 0,001$ ), allgemeine Gesundheitswahrnehmung ( $r = 0,41$ ,  $p < 0,05$ ), Vitalität ( $r = 0,52$ ,  $p < 0,001$ ), soziale Funktion ( $r = 0,36$ ,  $p < 0,05$ ) sowie Rollenfunktion emotional ( $r = 0,30$ ,  $p < 0,05$ ) und psychisches Wohlbefinden ( $r = 0,49$ ,  $p < 0,001$ ). Sämtliche Korrelationskoeffizienten und Signifikanzniveaus sowie die weiteren Skaleninterkorrelationen sind aus Tabelle 12 ersichtlich.

Tabelle 12 Korrelationsmatrix zur Validitätsabschätzung des FLQM

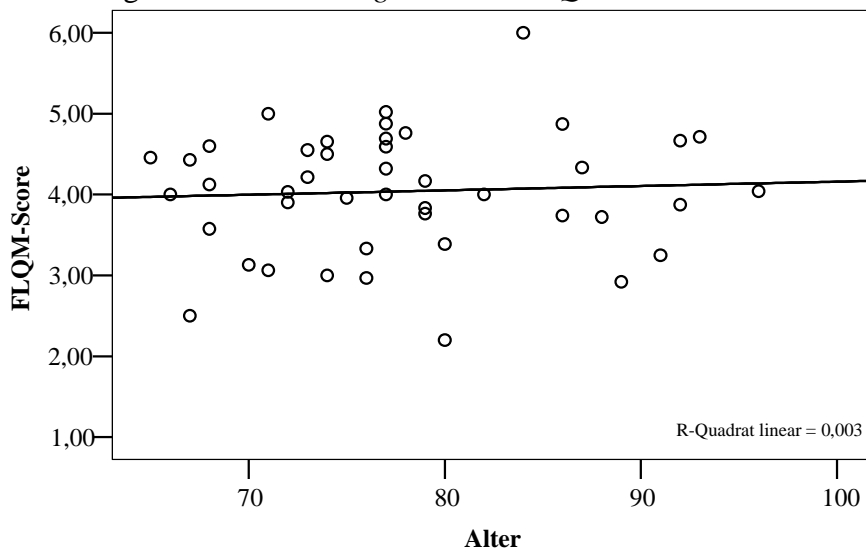
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1	FLQM	-																	
2	allgem. Lebens- zufriedenheit	0,63 ***	-																
3	positiver Affekt	0,50 ***	0,36 **	-															
4	negativer. Affekt	-0,15	-0,22	0,15	-														
5	PGCMS (gesamt)	0,30 *	0,55 ***	0,08	-0,42 **	-													
6	Unaufgeregtheit	-0,02	0,28 *	-0,08	-0,44 **	0,82 ***	-												
7	Alters- zufriedenheit	0,43 **	0,56 ***	0,22	-0,09	0,72 ***	0,30 *	-											
8	Lebens- zufriedenheit	0,48 ***	0,53 ***	0,24	-0,31 *	0,83 ***	0,59 ***	0,51 ***	-										
9	SF-36 körperlich	0,48 ***	0,43 **	0,30 *	-0,03	0,03	-0,21	0,26 *	0,11	-									
10	SF-36 psychisch	0,33 *	0,33 *	0,30 *	-0,17	0,60 ***	0,51 ***	0,33 *	0,62 ***	-0,17	-								
11	körperliche Funktion	0,50 ***	0,47 **	0,35 *	0,07	0,76	-0,19	0,34 *	0,10	0,87 ***	0,02	-							
12	Rollenfunktion körperlich	0,44 **	0,49 ***	0,36 **	0,05	0,32 *	0,05	0,45 **	0,37 **	0,68 ***	0,26 *	0,62 ***	-						
13	Schmerz	0,51 ***	0,32 *	0,30 *	-0,09	0,01	-0,17	0,12	0,21	0,75 ***	-0,15	0,56 ***	0,31 *	-					
14	Gesundheits- wahrnehmung	0,41 **	0,63 ***	0,19	-0,31 *	0,50 ***	0,41 **	0,38 **	0,41 **	0,52 ***	0,23	0,46 **	0,37 **	0,36 **	-				
15	Vitalität	0,52 ***	0,42 **	0,44 **	-0,11	0,37 **	0,12	0,46 **	0,41 **	0,48 ***	0,47 **	0,50 ***	0,62 ***	0,25	0,43 **	-			
16	soziale Funktion	0,36 **	0,28 *	0,28 *	0,06	0,20	0,05	0,18	0,27 *	0,46 **	0,42 **	0,55 ***	0,53 ***	0,35 *	0,28 *	0,41 **	-		
17	Rollenfunktion emotional	0,30 *	0,36 **	0,35 *	0,14	0,51 ***	0,39 **	0,42 **	0,46 **	0,01	0,59 ***	0,23	0,39 **	-0,05	0,31 *	0,37 **	0,37 **	-	
18	psychisches Wohlbefinden	0,49 ***	0,55 ***	0,37 **	-0,28 *	0,67 ***	0,55 ***	0,46 **	0,66 ***	0,12	0,84 ***	0,25	0,35 *	0,15	0,47 **	0,44 **	0,26 *	0,52 ***	-

N = 44

\* p &lt; 0,05; \*\* p &lt; 0,01; \*\*\* p &lt; 0,001

Der Gesamtscore auf dem FLQM zeigte weder einen Zusammenhang mit dem Alter ( $r = 0,03$ ,  $p = 0,83$ ; vgl. Abbildung 14), noch mit der Anzahl der Erkrankungen ( $r = 0,02$ ,  $p = 0,91$ ). Es fanden sich keine Gruppenunterschiede hinsichtlich des FLQM-Gesamtscores zwischen den Geschlechtern ( $Z = -0,83$ ,  $p = 0,41$ ) oder den Altersgruppen (65-79 Jahre vs. 80 Jahre und älter;  $Z = -0,58$ ,  $p = 0,56$ ). Ebenfalls fanden sich keine Gruppenunterschiede hinsichtlich der partnerschaftlichen Situation (gebunden vs. ungebunden;  $Z = -0,86$ ,  $p = 0,39$ ), dem Vorliegen einer Pflegestufe (Pflegestufe vs. keine Pflegestufe;  $Z = -1,4$ ,  $p = 0,16$ ) oder dem Bildungsstand (Abitur vs. kein Abitur;  $Z = -0,98$ ,  $p = 0,33$ , alle Tests zweiseitig). Ausgewählte Kennwerte der Verteilung des FLQM-Gesamtscores für die verschiedenen Subgruppen sind in Tabelle 13 zusammengefasst

Abbildung 14 Zusammenhang zwischen FLQM-Score und Alter



N = 44

Tabelle 13 FLQM-Gesamtscore nach Subgruppen

	<b>n</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>Median</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>
junge Alte (65-79)	30	4,07	0,66	4,15	2,50	5,02
alte Alte (80+)	14	3,98	0,93	3,94	2,20	6,00
weiblich	33	4,10	0,74	4,13	2,20	6,00
männlich	11	3,85	0,77	4,00	2,50	4,87
kein Abitur	28	3,98	0,77	3,95	2,50	6,00
Abitur	16	4,14	0,72	4,18	2,20	5,02
keine Partnerschaft	31	4,08	0,82	4,21	2,20	6,00
in Partnerschaft	13	3,93	0,56	4,00	2,97	4,87
keine Pflegestufe	33	4,15	0,68	4,13	2,92	6,00
Pflegestufe	11	3,71	0,87	3,88	2,20	5,00

\*  $p < 0,05$



Ein bedeutsamer Zusammenhang fand sich zwischen der Anzahl der genannten Bereiche und dem Alter (vgl. Abbildung 15): Mit zunehmendem Alter nannten die Teilnehmer signifikant weniger bedeutsame Lebensbereiche ( $r = -0,46$ ,  $p < 0,001$ , zweiseitig). Entsprechend unterschieden sich die Altersgruppen ebenfalls signifikant hinsichtlich der Anzahl genannter Bereiche ( $Z = -2,33$ ,  $p < 0,05$ , zweiseitig; vgl. Abbildung 16). Kein Zusammenhang bestand demgegenüber zwischen der Anzahl an Erkrankungen und der Anzahl genannter Lebensbereiche ( $r = 0,09$ ,  $p = 0,29$ ). In Tabelle 14 sind einige der empirischen Verteilungsmerkmale der Subgruppen hinsichtlich der Anzahl benannter Lebensbereiche wiedergegeben.

Abbildung 15 Zusammenhang zwischen Anzahl der genannten Bereiche und Alter

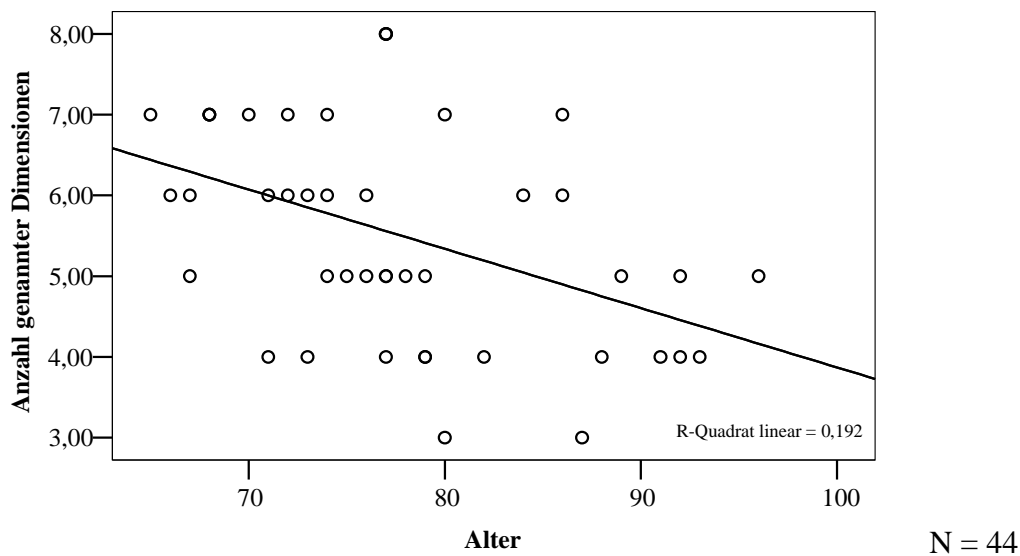


Abbildung 16 Altersgruppenunterschiede hinsichtlich Anzahl der genannten Bereiche

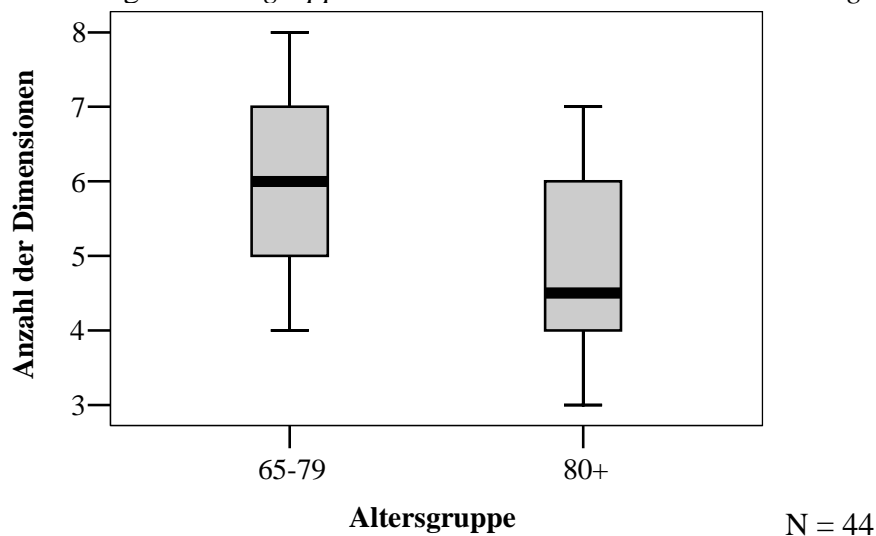


Tabelle 14 Anzahl der Lebensbereiche nach Subgruppen

	<b>n</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>Median</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>
junge Alte (65-79)	30	5,83	1,26	6,00	4	8
alte Alte (80+)	14	4,79	1,31	4,50	3	7
weiblich	33	5,58	1,14	5,00	3	8
männlich	11	5,27	1,19	5,00	4	7
kein Abitur	28	5,54	1,29	5,50	3	8
Abitur	16	5,44	1,50	5,00	3	8
keine Partnerschaft	31	5,45	1,46	5,00	3	8
in Partnerschaft	13	5,62	1,12	5,00	4	7
keine Pflegestufe	33	5,73	1,35	6,00	3	8
Pflegestufe	11	4,82	1,16	5,00	3	7

\*  $p < 0,05$

Zwischen der Durchführungsdauer und der Anzahl genannter Bereiche bestand ebenso wenig ein Zusammenhang ( $r = 0,02$ ,  $p = 0,44$ , einseitig), wie zwischen Durchführungsdauer und Alter der Studienteilnehmer ( $r = -0,09$ ,  $p = 0,57$ , zweiseitig).

### 3.3.4 Inhaltsvalidität und Exploration querschnittlicher Unterschiede subjektiver Konstruktionen von Lebensqualität im Alter

#### 3.3.4.1 *Deduktives Kategoriensystem: Lebensbereiche in der FLQM-Pilotstudie*

Aus den Lebensbereichen, welche die Studienteilnehmer im Rahmen der Erhebung mit dem FLQM benannten, wurde ein Kategoriensystem abgeleitet. Zugrunde gelegt wurde das Kategoriensystem aus Studie 1 (qualitative Interviews), jedoch ergänzt um die aus den Daten der Piloterhebung deduktiv abgeleiteten Kategorien „(soziales) Engagement“, „Natur“ und „Fitness & Sport“; die Kategorie „Sonstige“ wurde gestrichen (vgl. Tabelle 15).

In einem zweiten Schritt wurden die Kategorien „Aktionsradius & Mobilitätshilfen“, „Fernsehen & Medien“, „Hilfe im Alltag & Pflege“, „Lebensrückblick“, „Soziale Harmonie“, „eigenes Erscheinungsbild“, „Zukunft“ und „Intimität & Sexualität“ ebenfalls aus dem Kategoriensystem entfernt, da sie nicht besetzt waren. Aufgrund sehr niedriger Belegungen ( $f \leq 3$ ) wurden folgende Kategorien zusammengefasst: „Schmerzen“ wurde unter die Kategorie „eigene Gesundheit“ subsumiert, „Wohnumfeld & Infrastruktur“ wurde mit „eigene Wohnung“ zur neuen Kategorie „Wohnung & Wohnumfeld“, „Glaube & Spiritualität“ mit „Politik“ zur neuen Kategorie „Weltanschauung“ verschmolzen. Die Kategorie „Natur“ wurde unter „Wohlbefinden und

sinnliche Erfahrung“ eingeordnet und „Fitness & Sport“ unter „Mobilität & körperliche Fähigkeiten“ gefasst. Die ebenfalls nur mit  $f = 3$  belegte Kategorie „Kontinenz“ wurde in Anbetracht der sehr hohen Prävalenz von Inkontinenz im höheren Alter, insbesondere bei multimorbiden Patienten, im Kategoriensystem belassen (vgl. Füsgen, 2005).

Am häufigsten wurden innerhalb dieses reduzierten Kategoriensystems über die gesamte Stichprobe hinweg die Bereiche Familie (31 Nennungen), eigene Gesundheit (30 Nennungen) und Freundschaften (28 Nennungen) benannt, dicht gefolgt von kognitiven Fähigkeiten (26 Nennungen) und Mobilität und körperliche Fähigkeiten (20 Nennungen). Das endgültige Kategoriensystem sowie die Häufigkeitsbelegungen ( $f$ ) der Kategorien innerhalb der Pilotstudie sind in Tabelle 16 dargestellt, die Verteilung innerhalb der Gesamtstichprobe ist nochmals in Abbildung 17 veranschaulicht.

Tabelle 15 *Vorläufiges (nicht reduziertes) Kategoriensystem aus Studie 2 (absteigend)*

Nr.	Kategoriename	f	Nr.	Kategoriename	f
1	Familie	31	17	Fitness & Sport	3
2	eigene Gesundheit	29	18	Kontinenz	3
3	Freundschaften	28	19	Politik	3
4	kognitive Fähigkeiten	26	20	Wohlbefinden & sinnl. Erfahrung	3
5	Mobilität & körperliche Fähigkeiten	17	21	Natur	2
6	Hobbys	14	22	Wohnumfeld & Infrastruktur	2
7	soziale Kontakte	13	23	Glaube & Spiritualität	1
8	Kultur & Ästhetik	11	24	Schmerzen	1
9	Aneignung neuer Fähigkeiten	10	25	Aktionsradius & Mobilitätshilfen	0
10	eigene Wohnung	8	26	eigenes Erscheinungsbild	0
11	(soziale) Teilhabe am Leben	8	27	Fernsehen & Medien	0
12	Finanzen	7	28	Hilfe im Alltag & Pflege	0
13	Partner	7	29	Intimität & Sexualität	0
14	(soziales) Engagement	7	30	Lebensrückblick	0
15	Autonomie & Selbstbestimmung	4	31	Soziale Harmonie	0
16	Familie	4	32	Zukunft	0

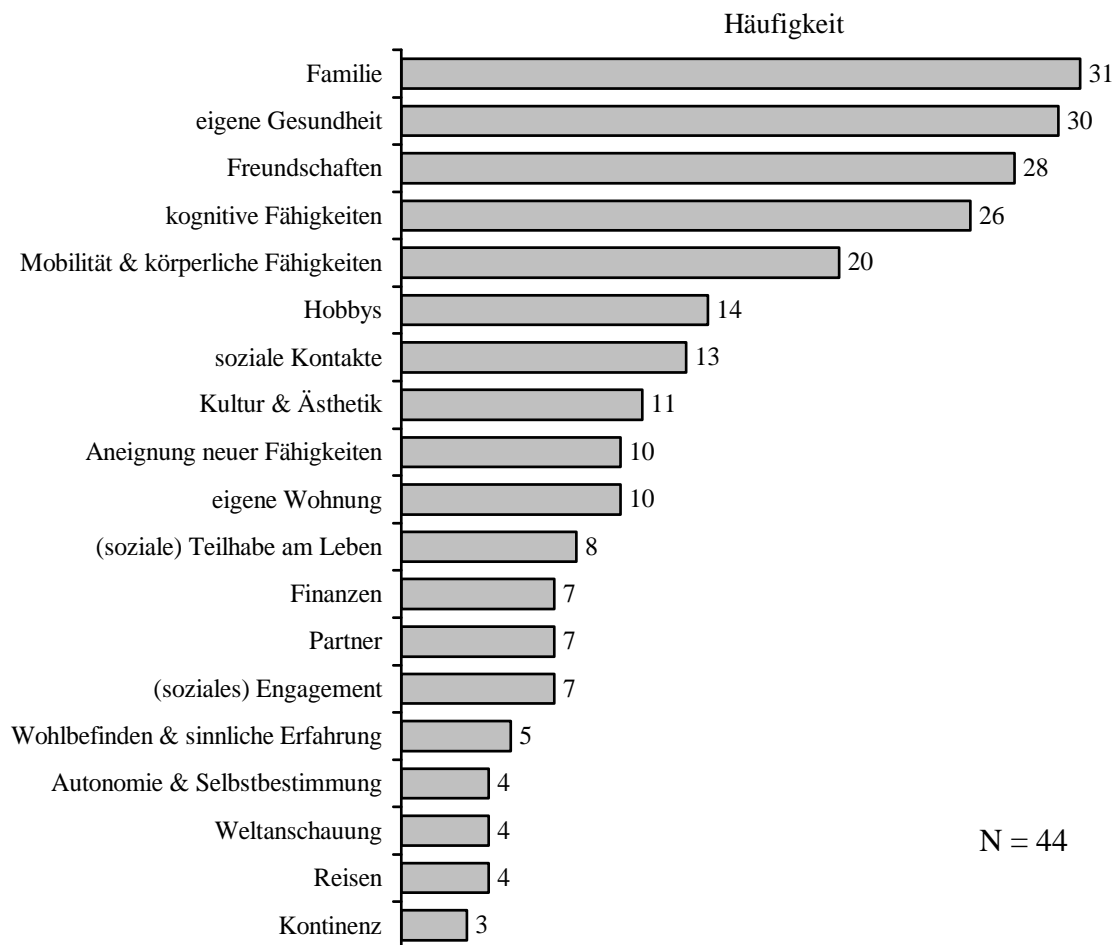
N = 44

Tabelle 16 *Endgültiges (reduziertes) Kategoriensystem aus Studie 2 (absteigend)*

Nr.	Kategoriename	f	Nr.	Kategoriename	f
1	Familie	31	11	(soziale) Teilhabe am Leben	8
2	eigene Gesundheit	30	12	Finanzen	7
3	Freundschaften	28	13	Partner	7
4	kognitive Fähigkeiten	26	14	(soziales) Engagement	7
5	Mobilität & körperliche Fähigkeiten	20	15	Wohlbefinden & sinnl. Erfahrung	5
6	Hobbys	14	16	Autonomie & Selbstbestimmung	4
7	soziale Kontakte	13	17	Weltanschauung	4
8	Kultur & Ästhetik	11	18	Reisen	4
9	Aneignung neuer Fähigkeiten	10	19	Kontinenz	3
10	eigene Wohnung	10			

N = 44

Abbildung 17 *Häufigkeitsverteilung der Bereichsnennungen in der Gesamtstichprobe*



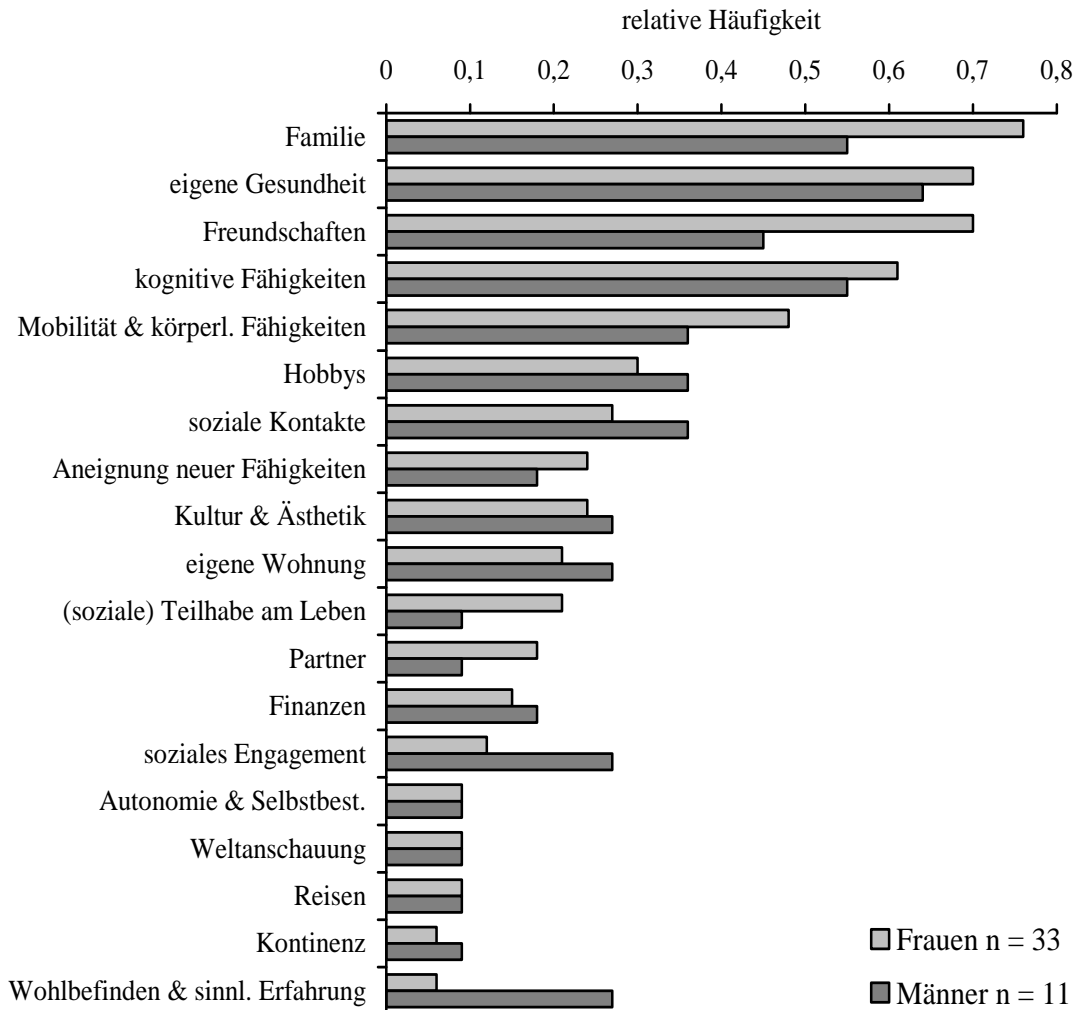
### 3.3.4.2 Lebensbereiche in der FLQM-Pilotstudie: Geschlechterunterschiede

Die Rangfolgen der Nennungen sowie die *relativen* Häufigkeiten der Nennung je Kategorie sind getrennt für die Geschlechter in Tabelle 17 dargestellt, die relativen Häufigkeiten vergleichend für Frauen und Männer nochmals in Abbildung 18. Die größten relativen Häufigkeiten (mindestens 0,50) in den Rangfolgen entfielen in absteigender Reihenfolge bei den Frauen auf die Kategorien Familie, eigene Gesundheit, Freundschaften und kognitive Fähigkeiten. Die Männer nannten eigene Gesundheit, Familie, kognitive Fähigkeiten und Freundschaften mit einer relativen Häufigkeit von mindestens 0,50. Im Vergleich zu den Männern nannten die Frauen relativ häufiger die Kategorien Familie, eigene Gesundheit, Freundschaften, kognitive Fähigkeiten, Mobilität & körperliche Fähigkeiten, Aneignung neuer Fähigkeiten, soziale Teilhabe am Leben und Partnerschaft. Die Männer dagegen relativ häufiger als die Frauen die Kategorien Hobbys, soziale Kontakte, Kultur & Ästhetik, eigene Wohnung, Finanzen, soziales Engagement, Wohlbefinden & sinnliche Erfahrung oder Kontinenz. Größere Unterschiede ( $\Delta \geq 0,10$ ) zwischen den relativen Häufigkeiten der Nennung zu Gunsten der Frauen zeigten sich bezüglich der Kategorien Familie, Freundschaften, Mobilität & körperliche Fähigkeiten und (soziale) Teilhabe am Leben, zu Gunsten der Männer bezüglich der Kategorien soziales Engagement und Wohlbefinden & sinnliche Erfahrung. Je elf Kategorien wurden von Männern bzw. Frauen mit einer relativen Häufigkeit  $\geq 0,20$  benannt.

Tabelle 17 Rangfolge und relative Häufigkeit der Bereichsnennungen nach Geschlecht

Kategoriename	Frauen (n = 33)		Männer (n = 11)	
	Rang	relative Häufigkeit	Rang	relative Häufigkeit
Familie	1	0,76	2	0,55
eigene Gesundheit	2	0,70	1	0,64
Freundschaften	2	0,70	4	0,45
kognitive Fähigkeiten	4	0,61	2	0,55
Mobilität & körperliche Fähigkeiten	5	0,48	5	0,36
Hobbys	6	0,30	5	0,36
soziale Kontakte	7	0,27	5	0,36
Aneignung neuer Fähigkeiten	8	0,24	12	0,18
Kultur & Ästhetik	8	0,24	8	0,27
eigene Wohnung	10	0,21	8	0,27
(soziale) Teilhabe am Leben	10	0,21	14	0,09
Partner	12	0,18	14	0,09
Finanzen	13	0,15	12	0,18
soziales Engagement	14	0,12	8	0,27
Autonomie & Selbstbestimmung	15	0,09	14	0,09
Weltanschauung	15	0,09	14	0,09
Reisen	15	0,09	14	0,09
Kontinenz	18	0,06	14	0,09
Wohlbefinden & sinnliche Erfahrung	18	0,06	8	0,27

Abbildung 18 *Geschlechtsspezifische relative Häufigkeiten der Bereichsnennungen*



3.3.4.3 *Lebensbereiche in der FLQM-Pilotstudie: Altersunterschiede*

Für die beiden Altersgruppen der jungen Alten (65 bis 79 Jahre) und alten Alten (80 Jahre und älter) finden sich die Rangfolgen der absoluten Nennungen sowie die relativen Häufigkeiten je Kategorie in Tabelle 18. Zudem sind die relativen Häufigkeiten der Nennung einzelner Lebensbereiche in Abbildung 19 vergleichend grafisch dargestellt. Vor allem hinsichtlich der relativen Häufigkeiten der Nennungen unterscheiden sich die Altersgruppen dem Augenschein nach deutlich voneinander. In den Rangfolgen wurden von den jungen Alten in absteigender Reihenfolge die Kategorien Familie, eigene Gesundheit, kognitive Fähigkeiten und Freundschaften mindestens mit einer relativen Häufigkeit von 0,50 genannt, die Kategorien Freundschaften, Familie, eigene Gesundheit sowie kognitive Fähigkeiten von den alten Alten. Größere Unterschiede ( $\Delta \geq 0,10$ ) zeigten

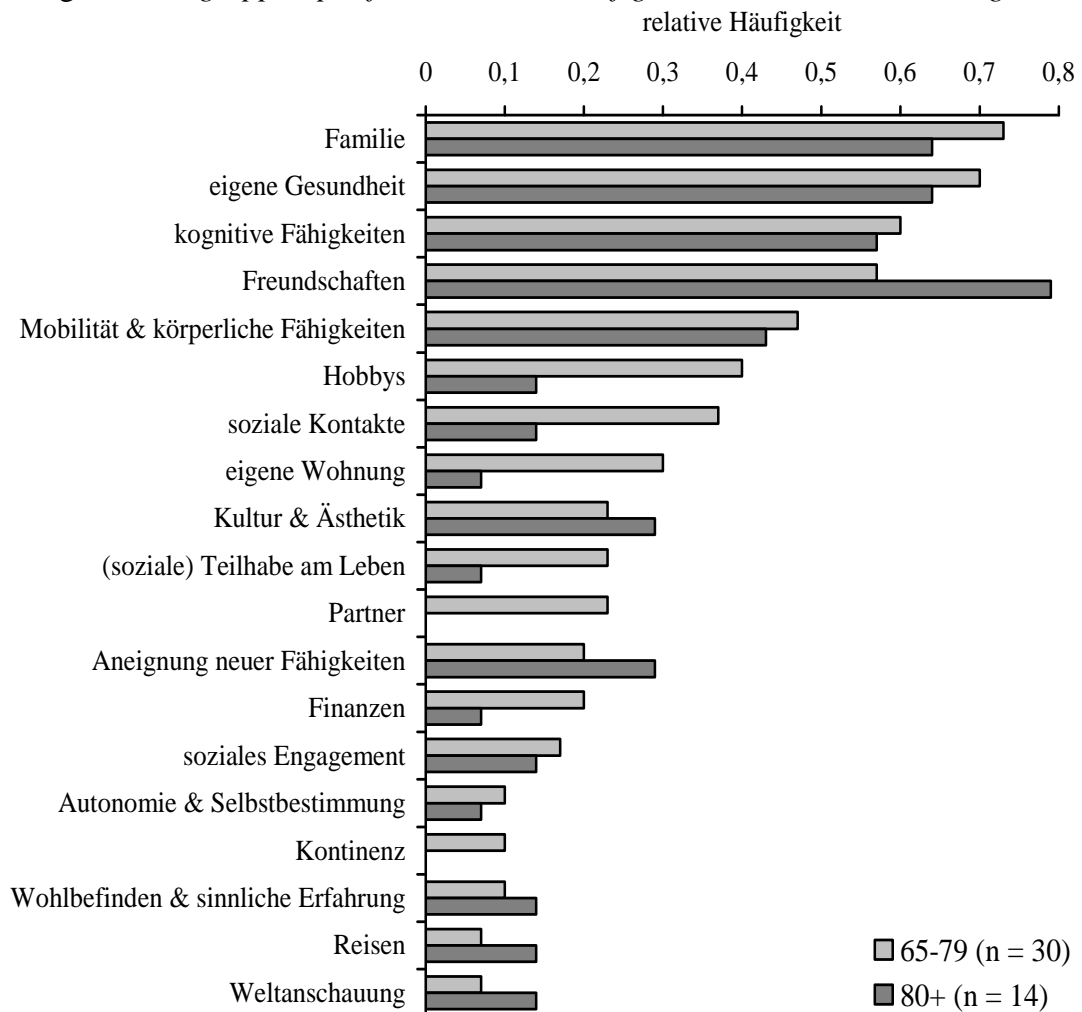
sich zu Gunsten der jungen Alten bei den Kategorien Hobbys, soziale Kontakte, eigene Wohnung, (soziale) Teilhabe am Leben, Finanzen, Partnerschaft und Kontinenz. Die alten Alten nannten demgegenüber in der gleichen Größenordnung der Unterschiede ( $\Delta \geq 0,10$ ) lediglich die Kategorie Freundschaften relativ häufiger. Gleichzeitig wurden nur sieben Kategorien innerhalb der Teilstichprobe der alten Alten mit einer relativen Häufigkeit  $\geq 0,20$  genannt, in der Teilstichprobe der jungen Alten waren dies 13.

Tabelle 18 *Rangfolge und relative Häufigkeit der Bereichsnennungen nach Altersgruppe*

Kategoriename	65-79 (n = 30)		80+ (n = 14)	
	Rang	relative Häufigkeit	Rang	relative Häufigkeit
Familie	1	0,73	2	0,64
eigene Gesundheit	2	0,70	2	0,64
kognitive Fähigkeiten	3	0,60	4	0,57
Freundschaften	4	0,57	1	0,79
Mobilität & körperliche Fähigkeiten	5	0,47	5	0,43
Hobbys	6	0,40	8	0,14
soziale Kontakte	7	0,37	8	0,14
eigene Wohnung	8	0,30	14	0,07
Kultur & Ästhetik	9	0,23	6	0,29
(soziale) Teilhabe am Leben	9	0,23	14	0,07
Partner	9	0,23	-	0,00
Aneignung neuer Fähigkeiten	12	0,20	6	0,29
Finanzen	12	0,20	14	0,07
soziales Engagement	14	0,17	8	0,14
Autonomie & Selbstbestimmung	15	0,10	14	0,07
Kontinenz	15	0,10	-	0,00
Wohlbefinden & sinnliche Erfahrung	15	0,10	8	0,14
Reisen	18	0,07	8	0,14
Weltanschauung	18	0,07	8	0,14



Abbildung 19 Altersgruppenspezifische relative Häufigkeiten der Bereichsnennungen



3.3.4.4 Lebensbereiche in der FLQM-Pilotstudie: Bildungsunterschiede

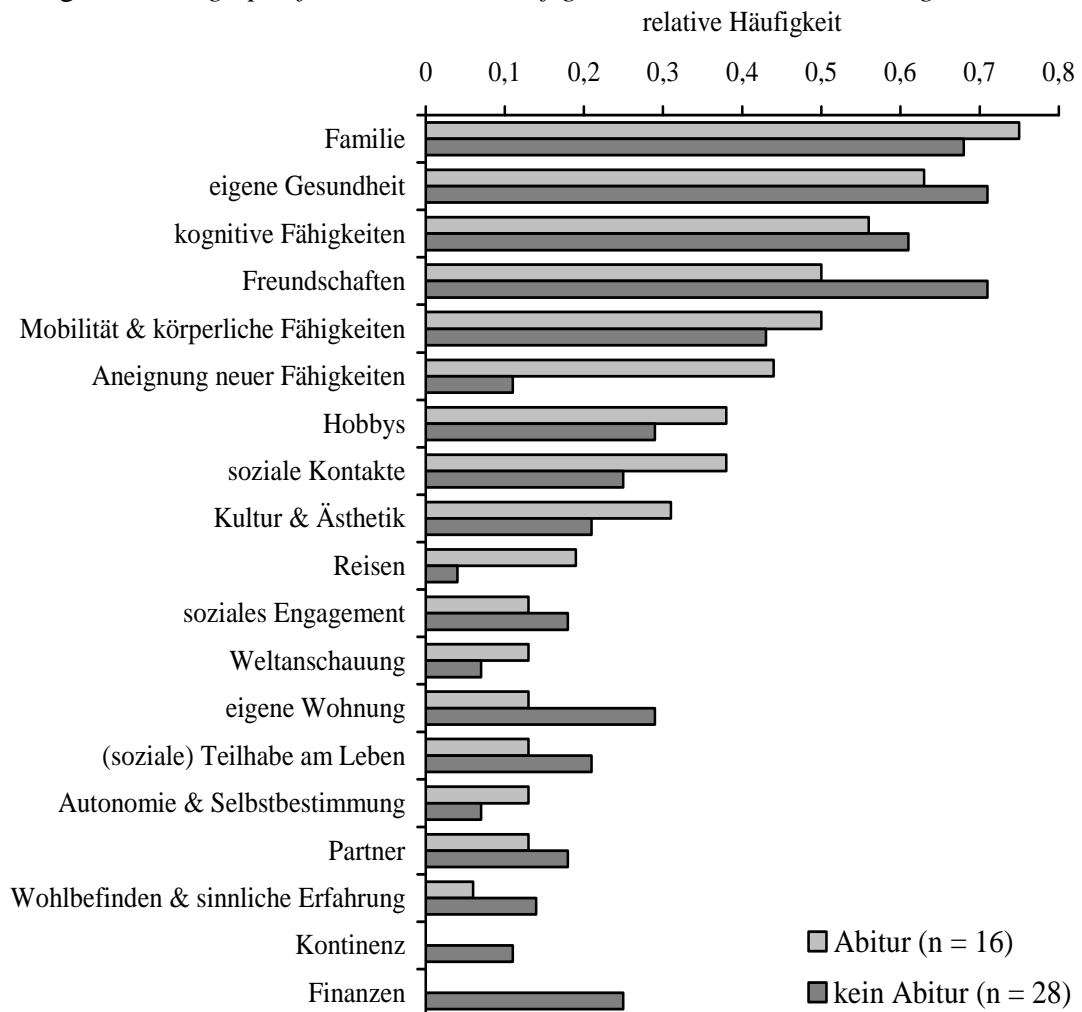
Der Bildungsstand wurde für die vorliegende Analyse nach Abitur (bzw. EOS für die Teilnehmer, die ihren Abschluss in der DDR gemacht hatten) und kein Abitur unterschieden. Für die beiden Bildungsgruppen sind die Rangfolgen der absoluten Nennungen und die relativen Häufigkeiten je Kategorie in Tabelle 19 abgetragen. Die relativen Häufigkeiten der Nennung von einzelnen Lebensbereichen finden sich vergleichend in Abbildung 20. In den Rangfolgen nannten die Abiturienten in absteigender Reihenfolge die Kategorien eigene Gesundheit, Freundschaften, Familie, kognitive Fähigkeiten und Mobilität mindestens mit einer relativen Häufigkeit von 0,50, die Nicht-Abiturienten demgegenüber die Kategorien Familie, eigene Gesundheit und kognitive Fähigkeiten. Zu Gunsten der Abiturienten fanden sich größere Unterschiede ( $\Delta \geq 0,10$ ) bei

den Kategorien soziale Kontakte, Kultur & Ästhetik, Aneignung neuer Fähigkeiten und Reisen. Zu Gunsten der Nicht-Abiturienten fanden sich Unterschiede  $\geq 0,10$  bei den Kategorien Freundschaften, eigene Wohnung, Kontinenz und Finanzen. Die Abiturienten benannten neun Kategorien, die Nicht-Abiturienten elf Kategorien mit einer relativen Häufigkeit  $\geq 0,20$ .

*Tabelle 19 Rangfolge und relative Häufigkeit der Bereichsnennungen nach Bildungsstand*

Kategoriename	Abitur (n = 16)		kein Abitur (n = 28)	
	Rang	relative Häufigkeit	Rang	relative Häufigkeit
Familie	1	0,75	3	0,68
eigene Gesundheit	2	0,63	1	0,71
kognitive Fähigkeiten	3	0,56	4	0,61
Freundschaften	4	0,50	1	0,71
Mobilität & körperliche Fähigkeiten	4	0,50	5	0,43
Aneignung neuer Fähigkeiten	6	0,44	15	0,11
Hobbys	7	0,38	6	0,29
soziale Kontakte	7	0,38	8	0,25
Kultur & Ästhetik	9	0,31	10	0,21
Reisen	10	0,19	19	0,04
soziales Engagement	11	0,13	12	0,18
Weltanschauung	11	0,13	17	0,07
eigene Wohnung	11	0,13	6	0,29
(soziale) Teilhabe am Leben	11	0,13	10	0,21
Autonomie & Selbstbestimmung	11	0,13	17	0,07
Partner	11	0,13	12	0,18
Wohlbefinden & sinnliche Erfahrung	17	0,06	14	0,14
Kontinenz	-	0,00	15	0,11
Finanzen	-	0,00	8	0,25

Abbildung 20 *Bildungsspezifische relative Häufigkeiten der Bereichsnennungen*



3.3.4.5 *Unabhängigkeit der genannten Lebensbereiche von der Anregungsliste*

Die Übereinstimmungen der individuellen Nennungen mit der Anregungsliste schwankten zwischen keinem und sieben übereinstimmenden Bereichen. Im Mittel gab es  $M = 3$  ( $SD = 1,8$ ) übereinstimmende Nennungen, der Median lag ebenfalls bei 3, der Modalwert bei 4. Die Häufigkeitsverteilung ist in Abbildung 21 dargestellt.

Dem gegenüber schwankte das individuelle Verhältnis von mit der Liste übereinstimmenden Nennungen und der Anzahl genannter Lebensbereiche innerhalb der Stichprobe zwischen 0,00 und 1, d. h. es gab sowohl Personen, die keinen einzigen der Bereiche aus der Anregungsliste nannten, als auch solche, bei denen sich alle Bereiche in der Anregungsliste wieder finden. Der Mittelwert des Verhältnisses lag bei  $M = 0,54$  ( $SD = 0,31$ ), der Median bei 0,57 – d. h. im Schnitt speiste sich die individuelle Liste der Lebensbereiche (mit im Mittel  $M = 5,5$  genannten Bereichen; vgl. Abschnitt 3.3.1)

geringfügig mehr aus Vorgaben der Anregungsliste als aus davon unabhängigen Nennungen. Die zugehörige Häufigkeitsverteilung ist in Abbildung 22 wiedergegeben.

Abbildung 21 Anzahl der Übereinstimmungen mit der Anregungsliste

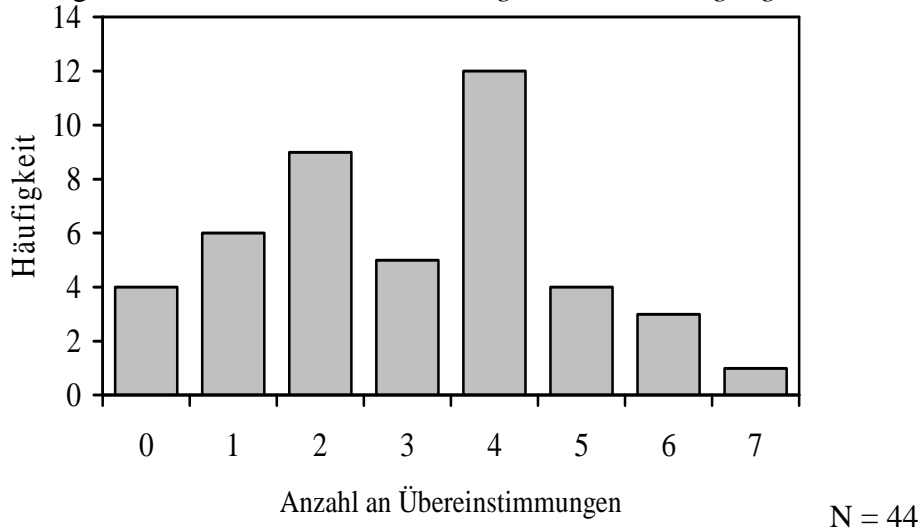
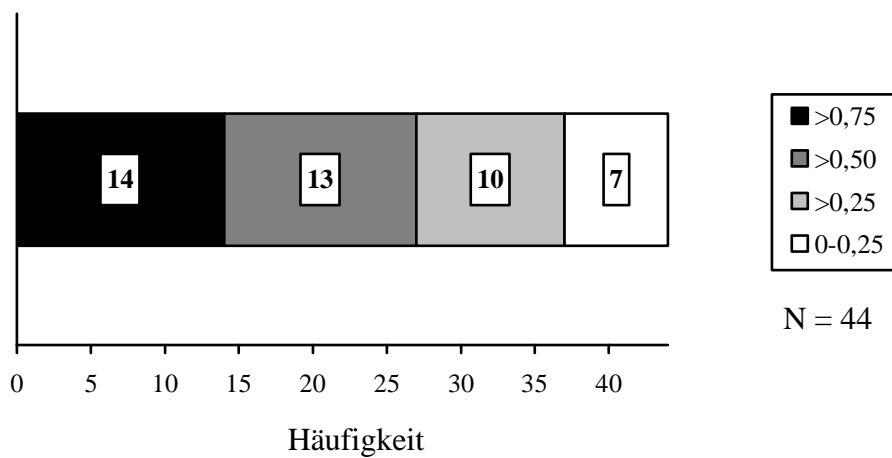


Abbildung 22 Quotient aus Übereinstimmungen und Gesamtzahl der Nennungen



Zwischen den Altersgruppen, den Geschlechtern sowie Abiturienten und Nicht-Abiturienten scheint es keine wesentlichen Unterschiede hinsichtlich des Verhältnisses von übereinstimmenden Nennungen und Gesamtzahl der individuellen Nennungen zu geben: Für Teilnehmer zwischen 65 und 79 Jahren betrug das Verhältnis von mit der Liste übereinstimmenden Nennungen und Nennungen insgesamt im Mittel  $M = 0,53$ , für Teilnehmer von 80 Jahren und älter  $M = 0,57$  ( $Z = -0,46$ ,  $p = 0,65$ , zweiseitig). Männer wiesen einen mittleren Quotienten von  $M = 0,44$ , Frauen von  $M = 0,57$  auf ( $Z = -1,25$ ,  $p = 0,21$ , zweiseitig). Der mittlere Verhältniswert für Abiturienten lag bei  $M = 0,50$ , für Nicht-Abiturienten bei  $M = 0,56$  ( $Z = -0,76$ ,  $p = 0,45$ , zweiseitig). Mittelwerte, Mediane

sowie Minima und Maxima der Verteilungen der Verhältniswerte finden sich nochmals in Tabelle 20 (vgl. Abbildungen 23a bis 23c).

Tabelle 20 *Verhältnis von Übereinstimmungen mit der Anregungsliste und Gesamtzahl der individuellen Nennungen nach Subgruppen*

	N / n	M	SD	Median	Minimum	Maximum
Gesamtstichprobe	44	0,54	0,31	0,57	0	1
Frauen	33	0,57	-	0,57	0	1
Männer	11	0,44	-	0,29	0	1
junge Alte (65-79)	30	0,53	-	0,54	0	1
alte Alte (80+)	14	0,57	-	0,62	0	1
Abiturienten	16	0,50	-	0,50	0	1
Nicht-Abiturienten	28	0,56	-	0,59	0	1

Abbildungen 23a bis 23c *Quotienten aus Übereinstimmungen mit der Anregungsliste und Gesamtzahl der Nennungen für Altersgruppen, Geschlechter und Bildung*

Abbildung 23a *Altersgruppe*

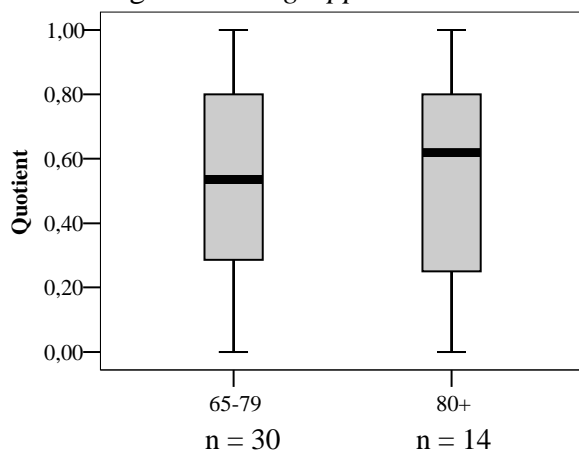


Abbildung 23b *Geschlecht*

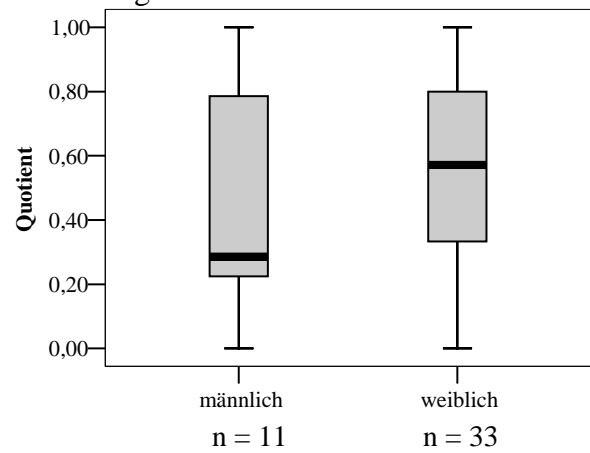
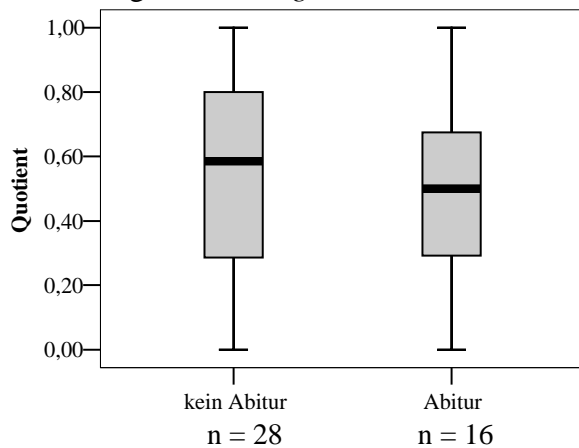


Abbildung 23c *Bildungsstand*



### 3.3.5 Verständlichkeit und Durchführbarkeit: Begleitender Meta-Fragebogen zum FLQM

Es wurden  $n = 21$  Personen mittels eines begleitenden Fragebogens zu Inhalt, Form und Verständlichkeit des FLQM befragt. Tabelle 21 gibt einen Überblick über ausgewählte soziodemografische Charakteristika dieser Teilstichprobe.

Tabelle 21 *Begleitender Meta-Fragebogen:*  
*Soziodemografische Merkmale der Teilstichprobe*

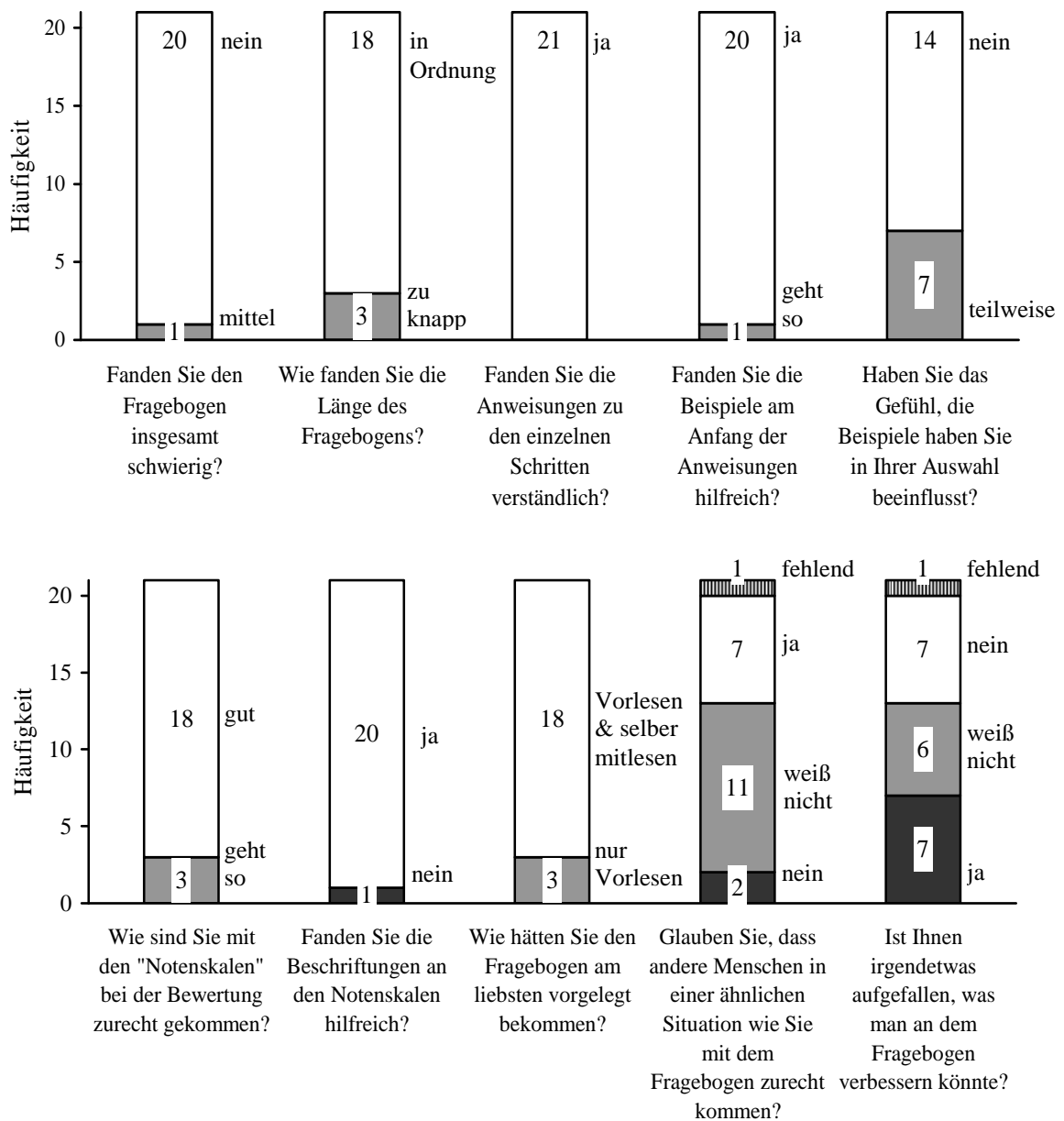
	<b>n</b>	<b>M</b>	<b>SD</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>
Alter	-	77,80	8,09	65	96
Altersgruppe 65-79	14	-	-	-	-
weiblich	16				
Abitur/EOS	8	-	-	-	-
in Partnerschaft	9	-	-	-	-
alleinlebend	14	-	-	-	-
keine Kinder	3	-	-	-	-
Pflegestufe (PS1 oder PS2)	6	-	-	-	-
Anzahl Erkrankungen	-	4,81	1,29	4	9

$n = 21$

Von den befragten Teilnehmern gaben 20 an, den Fragebogen nicht als schwierig zu empfinden; 18 empfanden die Länge des FLQM als angemessen. Sämtliche 21 Personen berichteten, die Instruktionen seien verständlich. Zwanzig Teilnehmer fanden die in die Instruktion eingebettete Anregungsliste hilfreich, sieben gaben an, durch die Liste in ihrer Auswahl der Bereiche zumindest teilweise beeinflusst worden zu sein. Die relative Übereinstimmung für diese Teilnehmer lag bei  $M = 0,68$ , im Gegensatz zu  $M = 0,54$  bei denjenigen, die nach eigenem Bekunden nicht von der Anregungsliste beeinflusst worden waren. Dieser Unterschied ist jedoch nicht statistisch signifikant ( $Z = -0,79$ ,  $p = 0,43$ , zweiseitig). Die Bewertungsskalen für Zufriedenheit und Gewichtung bereiteten dem überwiegenden Teil der befragten Teilnehmer keine Schwierigkeiten: Achtzehn kamen nach eigenen Angaben „gut“ mit den Skalen zurecht. Lediglich ein Teilnehmer empfand die Beschriftung an den Skalenpunkten nicht als hilfreich, die verbleibenden 20 Teilnehmer sahen sie als hilfreich an. Bezüglich des Modus der Erhebung gaben 18 Personen an, den Fragebogen am liebsten in der ihnen präsentierten Form („vorlesen und gleichzeitig selbst mitlesen“) zu bearbeiten, drei hätten ihn lieber nur vorgelesen bekommen. Zwei Teilnehmer waren der Auffassung, andere Menschen in einer

ähnlichen Situation würden nicht mit dem Fragebogen zurecht kommen (beide gaben mögliche kognitive Probleme als einschränkende Faktoren für die Durchführung an), sieben bejahten die Frage, die verbleibenden 11 wussten keine Antwort zu geben. Sämtliche Häufigkeitsverteilungen zu den Fragen des begleitenden Meta-Fragebogens finden sich in den Abbildung 24.

Abbildung 24 Häufigkeitsverteilungen des begleitenden Meta-Fragebogens



n = 21

Insgesamt sieben der 21 Personen gaben Anregungen, was an Form oder Inhalt des FLQM möglicherweise verbesserungswürdig wäre – ihre Aussagen sind in Tabelle 22 zusammengefasst. Zwei Teilnehmer kommentierten darüber hinaus im Rahmen von Frage 1 (Schwierigkeit des Fragebogens), auch ihre Anmerkungen finden sich in Tabelle 22.

Inhaltlich überwog bei den Kommentaren die Auffassung, nicht der Fragebogen selbst sei schwierig, sondern die dahinter stehende Anforderung, in kurzer Zeit „Rechenschaft abzulegen über die eigenen Bedürfnisse und das Leben“ (ID 51). Auch die spezielle Anforderung, einen als komplex erlebten Lebensbereich anhand der stark vereinfachenden Bewertungsskalen einzuordnen wurde von mehreren Teilnehmern als schwierig bewertet (z. B. „[...] dieses Abwägen ist schwierig.“, ID 39). Mehrere Teilnehmer regten an, noch „tiefer“ zu fragen, z. B. noch spezifischer nach persönlichen Interessen. Dies waren die gleichen Teilnehmer, die den FLQM als „zu kurz“ empfanden. Zwei Teilnehmer regten an, gezielt nach Kompensationsstrategien bzw. nach dem Grad der empfundenen Einschränkung durch bestehende Erkrankungen und ihre Folgen zu fragen.



Tabelle 22 *Begleitender Meta-Fragebogen: Kommentare der Studienteilnehmer*

<b>Frage</b>	<b>Antwort (Teilnehmer ID)</b>
1. <i>Was genau fanden Sie schwierig?</i>	Die Entscheidungen bei der Bewertung der Zufriedenheit oder Wichtigkeit war nicht ganz einfach. (ID 50) Nicht die Fragen waren schwierig, sondern in so kurzer Zeit "Rechenschaft" abzulegen über die eigenen Bedürfnisse und das Leben. (ID 51)
[ungefragte Kommentare zu Frage 2: <i>Wie fanden Sie die Länge des Fragebogens?</i> ]	In Anbetracht des Inhalts ist der Fragebogen etwas zu kurz. (ID 51)
3. Was war unverständlich? Was könnte man besser machen?	[keine Kommentare]
[ungefragte Kommentare zu Frage 9: <i>Glauben Sie, dass andere Menschen in einer ähnlichen Situation wie Sie mit dem Fragebogen zurecht kommen?</i> ]	Kommt auf den intellektuellen Hintergrund an. (ID 21) z. T. werden Menschen mit geringer geistiger Regeamkeit nicht damit zurecht kommen. (ID 43)
10. <i>Was [könnte man insgesamt verbessern]?</i>	Erreichen von Zielen im Leben. Tiefer fragen, auch retrospektiv. (ID 27) Zu den Notenskalen: Man weiß, was gemeint ist, aber dieses Abwägen ist schwierig. (ID 39) Bei den einzelnen Punkten ist es manchmal schwierig, einen einzelnen Punktwert zu vergeben, da Facetten sehr unterschiedlich sein können. (ID 42) Evtl. in Hinblick auf das konkrete Ziel der Befragung hin. (ID 43) Vielleicht noch eine spezifischere Frage zu persönlichen Interessen dazu nehmen. Bei den Beispielen tiefer nachfragen - was tut derjenige dafür, z. B. [für] das Gedächtnis? Genauer nach der allgemeinen Lebenssituation fragen. (ID 44) Es ist ganz gut, dass man (unter einem gewissen "Zwang") über solche Sachen mal nachdenken muss. (ID 49) Die Formulierung "Lebensbereich" kann unklar wirken. Die Frage nach Beeinträchtigung der Lebensqualität durch einzelnen Krankheiten oder Summe der Krankheiten (z. B. Mobilität, Kommunikation, Hobbybereich), auch durch die Zeit, die man bei Ärzten verbringt könnte ergänzt werden. (ID 50)

### 3.4 Explorativer Längsschnitt

Mit einer kleinen Teilstichprobe von  $n = 10$  Teilnehmern wurde etwa sechs Monate nach der Baseline ein zweiter Termin zur Erhebung mit dem FLQM vereinbart. Diese zweite Erhebungswelle wurde angesetzt, um einen Eindruck von der Reproduzierbarkeit der zur Baseline erhaltenen Ausprägungen von Lebensqualität auf dem FLQM zu erhalten. In sehr begrenztem Umfang sollten Daten zur Stabilität der genannten Lebensbereiche, der spezifischen Zufriedenheiten sowie des Gesamtwertes gesammelt werden. Zusätzlich sollte der FLQM unter restriktiveren zeitlichen Bedingungen getestet werden, um einen besseren Eindruck von der nötigen Bearbeitungszeit zu erlangen. Als einzige zusätzliche Variable wurde der beste einzelne Prädiktor des FLQM-Gesamtwertes aus der ersten Erhebungswelle, die Frage zur allgemeinen Lebenszufriedenheit (ALZ), erhoben. Zusätzlich sollten mehrere Fragen Rückschlüsse auf mögliche Ursachen von Veränderungen in den genannten Aspekten des FLQM (Bereichsnennungen, spezifische Zufriedenheiten und Gesamtscore) ermöglichen: Die Teilnehmer wurden nach bedeutsamen Ereignissen und Veränderungen seit dem ersten Erhebungstermin gefragt. Darüber hinaus sollten sie Auskunft darüber geben, wie gut sie sich an die erste Erhebung insgesamt und an die von ihnen genannten Lebensbereiche im Besonderen erinnerten. Auch die Anzahl der behandlungsbedürftigen Erkrankungen wurde nochmals erfragt. Die zusätzlich zum FLQM und der allgemeinen Lebenszufriedenheit gestellten Fragen finden sich in den Anhängen XII und XIII.

Die FLQM-Gesamtwerte zum zweiten Messzeitpunkt sind mit einem Minimum von 3,55 und einem Maximum von 5,13 um den Mittelwert  $M = 4,48$  verteilt, der Median liegt bei 4,47. Die Gesamtscores auf dem FLQM zum ersten ( $t_1$ ) und zweiten Messzeitpunkt ( $t_2$ ) korrelieren hoch signifikant miteinander ( $r = 0,83$ ,  $p < 0,01$ , Spearman, einseitig). Die Mittelwerte der Verteilungen zu  $t_1$  und  $t_2$  unterscheiden sich demnach nicht signifikant voneinander ( $T = -1,1$ ,  $df = 9$ ,  $p = 0,3$ , t-Test für abhängige Stichproben<sup>1</sup>).

Der Wert der allgemeinen Lebenszufriedenheit (ALZ) zu  $t_2$  beträgt im Mittel  $M = 4,3$ , mit einem Median von 4; das Minimum lag bei 3, das Maximum bei 6. Die ALZ-Werte zu den beiden Messzeitpunkten korrelieren hoch signifikant miteinander ( $r = 0,86$ ,  $p < 0,01$ , Spearman, einseitig). Unterschiede zwischen den beiden Zeitpunkten sind nicht signifikant ( $T = 1,0$ ,  $df = 9$ ,  $p = 0,34$ , t-Test für abhängige Stichproben).

---

<sup>1</sup> Ein Test auf Normalverteilung ist bei der gegebenen Stichprobengröße nicht angemessen, jedoch darf die hohe Korrelation der Werte beider Messzeitpunkte als Hinweis auf Erfüllung der Voraussetzungen für einen t-Test angesehen werden (vgl. Bortz, 1999).

Die Durchführung des FLQM zu t2 dauerte bei einem Minimum von 8 Minuten und einem Maximum von 29 Minuten im Schnitt  $M = 14$  Minuten (Median = 13 Minuten). Die Durchführungsdauer zu t1 und t2 stehen für die Teilnehmer an der Längsschnitterhebung in keinem Zusammenhang miteinander ( $r = -0,22$ ,  $p = 0,27$ , Spearman, einseitig). Sechs Teilnehmer brauchten zur Bearbeitung zu t2 weniger Zeit als zu t1, vier benötigten mehr Zeit. Die Länge der Bearbeitungszeit zu t1 und t2 unterscheiden sich nicht signifikant voneinander ( $Z = -0,56$ ,  $p = 0,57$ , Wilcoxon Test); über alle Teilnehmer gemittelt wurde der FLQM zu t2 in der längsschnittlichen Stichprobe jedoch 3 Minuten schneller bearbeitet als zu t1.

Vier Teilnehmer gaben an, sich gut oder mittelmäßig an die erste Erhebung insgesamt zu erinnern, zwei eher schlecht, vier gar nicht. An die zu t1 von ihnen genannten Lebensbereichen erinnerten sich nach eigenen Angaben vier Teilnehmer gut, eine Person eher schlecht, fünf gar nicht.

Acht Personen bejahten die Frage nach einem bedeutsamen Ereignis oder Veränderungen bei ihnen selbst oder im näheren persönlichen Umfeld. Die Beschreibungen der Veränderungen seitens der Teilnehmer finden sich in Tabelle 23.

Zwei Teilnehmer berichteten eine Erkrankung mehr zu t2 als zu t1, sechs nannten die gleiche Anzahl und je eine Person berichtete eine bzw. zwei Erkrankungen weniger. Die Anzahl der Erkrankungen zu t1 und t2 korrelieren hoch signifikant miteinander ( $r = 0,85$ ,  $p < 0,01$ , Spearman, einseitig).

Tabelle 23 Von Teilnehmern berichtete bedeutsame Ereignisse seit t1

ID	Ereignisse (verbatim)	Valenz
25	Regelmäßiger Besuch von "Freunde alter Menschen" (Besuchsdienst)	positiv
31	Meine Neuropathien (Schmerzen) sind schlimmer geworden.	negativ
34	Ich habe das Gefühl, die Demenz schreitet voran.	negativ
36	Meine beste Freundin ist verstorben und noch eine alte Schulfreundin.	negativ
37	Ich selbst war schwer krank.	negativ
44	1. Der Zustand meines Mannes (Demenz) hat sich verschlechtert 2. Mein Sohn ist immer noch dauerarbeitslos und die Aussichten werden immer schlechter 3. Ich habe Probleme, das Gartengrundstück zu verkaufen	negativ negativ negativ
49	Neudiagnose Osteoporose vor 2 Tagen	negativ
50	Ich habe mich verändert - wie ich mit Problemen und Aufgaben, die eine Lösung brauchen, umgehe.	positiv

## **IV DISKUSSION DER ERGEBNISSE**

In dieser Arbeit wurden zunächst theoretische Perspektiven und empirische Befunde zur Lebensqualität im Alter dargestellt. Vor diesem Hintergrund wurde eine qualitative, empirische Vorstudie (Studie 1) zum Entwurf eines Fragebogens durchgeführt. Darauf aufbauend wurde anschließend ein Fragebogen zur Lebenszufriedenheit multimorbider älterer Menschen entwickelt und in einer Pilotuntersuchung (Studie 2) hinsichtlich verschiedener Validitätsaspekte getestet. Die erhobenen Daten wurden sowohl unter quantitativen als auch qualitativen Gesichtspunkten ausgewertet: Es fand eine explorative Abschätzung der Konstruktvalidität und Inhaltsvalidität des neu entwickelten Fragebogens zur Lebensqualität multimorbider älterer Menschen (FLQM) statt; aus Daten von Studie 1 und den qualitativen Angaben im Rahmen des FLQM in Studie 2 wurden mit Hilfe von qualitativen Inhaltsanalysen Kategoriensysteme von subjektiv bedeutsamen Bereichen der Lebensqualität abgeleitet. Neben einer Gesamtauswertung wurde möglichen inhaltlichen Unterschieden zwischen Altersgruppen, Geschlechtern und Bildungsniveaus nachgegangen.

Zunächst werden die Ergebnisse mit Bezug auf die Konstrukt- und Inhaltsvalidität des FLQM diskutiert, anschließend Verständlichkeit und Durchführbarkeit. Das Kategoriensystem der subjektiv für Lebensqualität bedeutsamen Bereiche wird besprochen und mögliche Schlussfolgerungen über die Entwicklung von Komplexität und Heterogenität der subjektiven Definitionen von Lebensqualität im Alter wird diskutiert. Schließlich werden Einschränkungen und Grenzen einerseits der Durchführung der Studien 1 und 2 insgesamt als auch des FLQM im Besonderen diskutiert.

### **4.1 Konstruktvalidität des FLQM**

Die empirischen Befunde zur Validität des FLQM sind ermutigend für eine Beibehaltung des Ansatzes. Dies gilt sowohl für die Verteilungsmerkmale des FLQM als auch für seine Zusammenhänge mit anderen Skalen. Die empirischen Werte sind normalverteilt, gleichzeitig ist die Verteilung leicht nach rechts, also zum positiven Pol der Skala, verschoben. Das bedeutet, dass die Teilnehmer trotz ihres eingeschränkten Gesundheitszustandes auf dem FLQM eine relativ hohe Zufriedenheit mit den ihnen im Leben wichtigen Bereichen berichten. Dieser Befund steht im Einklang mit den Kenntnissen über

das „Paradox des subjektiven Wohlbefindens“ (vgl. Staudinger, 2000). Erklärlich ist diese tendenzielle „Überschätzung“ der eigenen Zufriedenheit beispielsweise über vornehmlich akkomodative Anpassungsmechanismen, welche eine Abwertung oder Umdeutung selbstwert- oder zufriedenheitsabträglicher Informationen begünstigen (Brandtstädter & Rothermund, 1994). Im Falle der hier betrachteten Population gesundheitlich relativ stark beeinträchtigter Personen bedeutet dies, dass Einschränkungen in bestimmten Lebensbereichen entweder dazu führen können, dass diese Bereiche in ihrer Bedeutsamkeit abgewertet werden oder, dass ein geringerer Grad von „Zielerreichung“ als ausreichend für eine positive Bewertung angesehen wird. Dabei spielen soziale und temporale Vergleichsprozesse eine große Rolle. Soziale Vergleiche beziehen sich beispielsweise auf andere Menschen gleichen Alters mit geringeren Fähigkeiten, temporale Vergleiche beispielsweise auf das Selbst in jüngeren Jahren, also mit altersbedingt höheren Fähigkeiten. Durch diese Kontrastierungen, welche die eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten an stärker benachteiligten oder begünstigten Vergleichspersonen messen, wird vor allen Dingen die Veränderungen interner Standards gefördert (z. B. Beaumont & Kenealy, 2004; Filipp & Ferring, 1998).

Brickman und Campbell (1971) postulieren im Kontext der *adaptation level theory* eine grundlegende Veranlagung des Selbst, eine moderat positive Affektlage beizubehalten und prägen für die damit verbundenen Anpassungsprozesse den Begriff „*hedonic treadmill*“: Innerhalb eines gewissen Rahmens passt sich der Mensch an alle Veränderungen, Erfahrungen und Ereignisse, welche die affektive Balance in positiver oder negativer Richtung aus dem Gleichgewicht bringen, an und bewegt sich auf ein affektives Equilibrium zu (vgl. Brickman, Coates & Janoff-Bulman, 1978). Im Rahmen der Interpretation von Studie 2 bedeutet diese Annahme folgendes: Da viele der typischen Alterskrankheiten chronisch sind (vgl. Böhmer, 2003), waren die Teilnehmer zum Befragungszeitpunkt vermutlich keinen starken *neuen* Beeinträchtigungen und Einschränkungen unterworfen. Vielmehr hatten sie vermutlich bereits über einen längeren Zeitraum die Möglichkeit, sich an ihre Situation anzupassen und im Laufe der Krankheitsentwicklung selbstwert- und zufriedenheitsschützende Strategien zu entwickeln. Dafür spricht auch, dass es keine signifikanten Zusammenhänge der FLQM-Werte mit der Anzahl der selbstberichteten Erkrankungen oder dem Alter gibt. Die empirische Werteverteilung des FLQM zeigt im Gegensatz zu vielen Maßen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, wie sie in der Medizin gebräuchlich sind, keinen Bodeneffekt,

sondern ist um den über dem theoretischen Skalenmittel liegenden Mittelwert von  $M = 4,04$  annähernd normalverteilt. So wie die schiefe Verteilung für die inhaltliche Gültigkeit des FLQM spricht, weist die Normalverteilung auf die Diskriminierungsfähigkeit des FLQM innerhalb der Studienpopulation hin: Lebensqualität, gemessen als subjektives Konstrukt, verhält sich anders als Lebensqualität, gemessen als normativer Grad der Beeinträchtigung innerhalb festgelegter Fähigkeits- und Erlebensbereiche. Die Inhaltsvalidität des FLQM wird also vor dem Hintergrund theoretischer und empirischer Literatur dadurch gestützt, dass die vergleichsweise ungünstigen objektiven Bedingungen in der untersuchten Population multimorbider Älterer keinen starken direkten Einfluss auf die Bewertung der Lebensqualität zu haben scheinen.

Allgemeine Lebenszufriedenheit stellt vor dem Hintergrund des zu Grunde gelegten Modells von Campbell et al. (1976) eines der wichtigsten Konstrukte zur Validierung des FLQM dar. Die hohe Korrelation zwischen dem FLQM-Gesamtscore und dem Item zur allgemeinen Lebenszufriedenheit weist deutlich auf die Gültigkeit des FLQM hin. Gleichzeitig wirft die Tatsache, dass eine einfache Frage offenkundig einen großen Anteil der Information des viel komplexeren Fragebogens aufklären kann die Frage auf: Wie ist ein im Vergleich zu einer Einzelfrage nicht unbeträchtlicher Mehraufwand an Zeit und Ressourcen im Falle des FLQM zu rechtfertigen? Bowling (2005) vertritt beispielsweise die Auffassung, dass Einzelitems zur Erfassung von Konstrukten längeren Fragebögen grundsätzlich vorzuziehen seien, sofern sie psychometrischen Anforderungen genügen, sie argumentiert dabei in erster Linie ökonomisch. Bei der Abwägung spielen jedoch verschiedenste Faktoren eine Rolle: Einerseits natürlich – vordringlich in klinischen Kontexten – der tatsächliche erforderliche Zeit- und Personalaufwand sowie die mögliche Belastung von Patienten durch die Länge der Befragung, andererseits jedoch auch inhaltliche Merkmale des Fragebogens. Zunächst sollte konstatiert werden, dass der Anteil der gemeinsamen Varianz von FLQM und der Frage zur globalen Lebenszufriedenheit nicht überschätzt werden darf: Auch die hochsignifikante Korrelation von  $r = 0,63$  verweist auf eine Varianzaufklärung von lediglich knapp 40 % durch die Frage zur globalen Lebenszufriedenheit alleine. Auf welche anderen Variablen möglicherweise ebenfalls größere Varianzanteile entfallen, ließe sich nur im Rahmen einer multiplen Regressionsanalyse beantworten – angesichts der gegebenen Stichprobengröße von  $N = 44$  ist die Durchführung jedoch nicht sinnvoll.

Das bedeutendste inhaltliche Argument zu Gunsten des FLQM ist, dass mittels

dieses Fragebogens weit mehr Informationen erfasst werden, als ein reines *outcome*. Vielmehr werden vielschichtige Daten zur individuellen, subjektiven Konzeptualisierung von Lebensqualität generiert. Diese können auf der einen Seite quantitativ genutzt werden, beispielsweise um längsschnittliche Veränderungen der Lebensqualität differenzierter aufzuschlüsseln und bewerten zu können: Durch die Explikation der zur Bildung des Gesamturteils beitragenden Komponenten – den bereichsspezifischen Zufriedenheiten und den relativen Bedeutsamkeiten/Gewichten der Einzelbereiche – lassen sich Annahmen zu Ursachen von Veränderungen über die Zeit differenzierter überprüfen als bei Indices, welche lediglich aus *einem* Zahlenwert bestehen<sup>1</sup>. Auf der anderen Seite werden über den FLQM auch qualitativ-inhaltliche Aspekte der subjektiven Konzepte von Lebensqualität zugänglich gemacht. Diese können sowohl Ansatzpunkte für eine stärker patientenorientierte Behandlung und psychosoziale Versorgung liefern als auch wiederum Rückschlüsse auf diejenigen Prozesse ermöglichen, welche längsschnittliche Veränderungen in der berichteten Lebensqualität bedingen. Verschiedene Untersuchungen zur Akzeptanz individualisierter Maße lieferten Hinweise darauf, dass gerade die über eine Quantifizierung der Lebensqualität hinausgehenden, qualitativen Informationen von professionellen Anwendern (z. B. Ärzte oder Pflegefachkräfte) als erweiterte Grundlage zur Pflege- und Behandlungsplanung sehr geschätzt werden (Macduff, 2000; Mountain et al., 2004; Patel et al., 2003).

In der Population der alten und mehrfach erkrankten Menschen, so wurde argumentiert, besteht vermutlich auf Grund der heterogenen Profile von Beschwerden, Fähigkeiten und Möglichkeiten eine große interindividuelle Variabilität der Bereiche, die zur Lebensqualität beitragen. Eine einzelne Frage scheint gerade vor dem Hintergrund eines praxis- und interventionsorientierten Anspruchs an ein Messinstrument zu wenig, um dieser Heterogenität gerecht zu werden. Der Mehraufwand an Zeit und Ressourcen gegenüber einer einzelnen Frage zur globalen Lebenszufriedenheit sollte zu Gunsten der Fülle und Vielschichtigkeit der mit dem FLQM gewonnenen Informationen in Kauf genommen werden.

Die mittleren Zusammenhänge mit den beiden Subskalen des PGCMS „Lebenszufriedenheit“ und „Zufriedenheit mit dem eigenen Alter“ sowie mit dem

---

<sup>1</sup> Während für andere patientengenerierte, individualisierte Maße der Lebensqualität bereits Studien vorliegen, welche deren Bedeutung für die Evaluation eines *response shift* verdeutlichen (Schwartz & Sprangers, 1999; Sprangers & Schwartz, 1999; vgl. Abschnitt 4.1), steht dieser Nachweis für den FLQM selbstverständlich noch aus.

PGCMS-Gesamtscore sprechen erwartungskonform ebenfalls für die Konstruktvalidität des FLQM. Auch der nicht signifikante und ohnehin sehr geringe Zusammenhang mit negativem Affekt (gemessen mit dem PANAS) entspricht den Erwartungen, jedoch ist der hoch signifikante Zusammenhang zwischen FLQM-Score und positivem Affekt (gemessen mit dem PANAS) in Hinblick auf die Validität des FLQM ambivalent zu interpretieren. Das Modell der Urteilsbildung von Schwarz und Strack (1991) legt nahe, dass bereichsspezifische Urteile relativ unabhängig von der momentanen Affektlage getroffen werden, da differenzierte kognitive Prozesse in Bezug auf spezifische Lebensbereiche leicht zugänglich sind. Im Gegensatz dazu stehen globale Urteile, die deutlich stärker auf Grundlage affektiver Informationen getroffen werden. Zahlreiche Untersuchungen belegen diese Unterscheidung zwischen kognitiver („Zufriedenheit“) und affektiver Komponente („Emotion“) des Wohlbefindens (Diener & Emmons, 1984; Lawton et al., 1992b; Lucas, Diener & Suh, 1996; Watson et al., 1988).

Der enge Zusammenhang zwischen positivem Affekt und FLQM-Gesamtscore wirft die Frage auf, ob für den FLQM die Abkopplung der bereichsspezifischen Urteile von der momentanen Affektlage tatsächlich im gewünschten Umfang gelungen ist. Zwei Interpretationsmöglichkeiten bieten sich an: Die erste Interpretation besteht darin, dass der FLQM, entgegen der Intention, relativ sensitiv für Stimmungseinflüsse ist und somit sowohl kognitive *als auch* affektive Komponenten der Lebensqualität erfasst. Der nicht signifikante Zusammenhang mit negativem Affekt stünde dieser Interpretation nicht unbedingt entgegen, da erstens positiver und negativer Affekt als unabhängige Konstrukte angesehen werden und zweitens die empirische Verteilung von negativem Affekt in dieser Studie ausgesprochen homogen war und sehr wenig Variationsbreite aufwies – das dritte Quartil der Verteilung (Mittelwert  $M = 1,46$ ) lag bei nur 1,88 auf der Skala von 1 bis 5, die Standardabweichung bei  $SD = 0,52$ . Der geringe Zusammenhang zwischen FLQM und negativem Affekt kann also unter Umständen als Artefakt der Verteilungsform interpretiert werden. Die zweite Interpretation steht in Zusammenhang mit dem Verständnis des PANAS seitens der Studienteilnehmer: Obwohl die momentane Affektlage als Referenzgröße in der Instruktion genannt wird („*Wie fühlen Sie sich im Moment?*“), ist denkbar, dass zumindest einige der Teilnehmer die allgemeine Affektlage als Grundlage der Beantwortung verwendet hat. Aus mündlichen Äußerungen während der Erhebung und Nachfragen seitens der Teilnehmer kann geschlossen werden, dass nicht alle Teilnehmer jedes Item des PANAS in Bezug auf die *momentane* Stimmung beantworteten. Sollte diese



Annahme zutreffen, wären die Ausprägungen von positivem und negativem Affekt nicht als Zustands-Variablen, sondern im Sinne von Eigenschaften zu interpretieren. Persönlichkeitseigenschaften wiederum werden in den meisten integrativen Modellen zum Entstehen von Zufriedenheit und Wohlbefinden als maßgebliche Einflussgrößen angesehen: Subjektive Bewertungsprozesse (*appraisal*), wie sie auch der Bildung von Zufriedenheitsurteilen zu Grunde liegen, sind nicht zuletzt von Dispositionen wie beispielsweise Neurotizismus und Extraversion oder dispositionellem positivem und negativem Affekt abhängig (Brief et al., 1993; Clark & Watson, 1991; Costa & McCrae, 1980; Mroczek & Spiro, 2005). So wird auch im dem FLQM zu Grunde liegenden Modell der Lebenszufriedenheit nach Campbell et al. (1976) ein maßgeblicher Einfluss von Persönlichkeitsfaktoren auf alle Stufen des Prozesses der Urteilsbildung postuliert (vgl. Abbildung 2). Der hoch signifikante Zusammenhang zwischen FLQM-Ausprägung und positivem Affekt wäre somit theoriekonform, falls die überwiegende Zahl der Teilnehmer den PANAS im Sinne einer Eigenschaftsmessung beantwortet hätte. Zur Überprüfung dieser Annahme wären Daten zu weiteren Persönlichkeitsvariablen hilfreich, beispielsweise Neurotizismus und Extraversion (Borkenau & Ostendorf, 1993) oder Depressivität (z. B. Hautzinger, Bailer, Keller & Worall, 1995; Gauggel & Birkner, 1999). Eine zukünftige Studie zur Konstruktvalidierung des FLQM sollte diese Variablen mit einbeziehen. Das Zusammenhangsmuster zwischen FLQM und den PANAS Subskalen kann darüber hinaus als Hinweis interpretiert werden, dass der FLQM eher positive als negative Aspekte der Lebensqualität erfasst, also ressourcenorientiert angelegt ist, und nicht negative im Sinne einer Defizitorientierung des Fragebogeninhalts.

Der Fragebogen zur subjektiven Gesundheitseinschätzung SF-36 wurde in erster Linie hinsichtlich der körperlichen und psychischen Summenskalen ausgewertet. Die empirischen Werte der insgesamt acht Einzelskalen, welche teilweise lediglich aus zwei Items bestehen, wurden zwar der Vollständigkeit halber im Ergebnisteil dargestellt, jedoch nicht in die eigentliche Validierung mit einbezogen. Es ist diskussionswürdig, ob die Subskalen tatsächlich inhaltstvalid die in ihren Bezeichnungen implizierten Konstrukte abbilden.

Die körperliche Summenskala zeigt einen sehr viel engeren und auf einem höheren Niveau signifikanten Zusammenhang mit den Gesamtscores des FLQM als angenommen wurde. Diese Beobachtung steht – trotz der unerwartet hohen Korrelation – in Einklang mit anderen Forschungsarbeiten zum Zusammenhang von Lebenszufriedenheit und subjektiver

Gesundheit, denn subjektive Gesundheitseinschätzungen zeigen einen engeren Zusammenhang mit subjektivem Wohlbefinden als viele objektive Faktoren (Schneider et al., 2004; Smith et al., 2002; vgl. Abschnitt 1.2.3). Auch im Lichte des Urteilsmodells der Zufriedenheit von Schwarz & Strack (1991) ist dieser Befund nachvollziehbar: Eine frühe Modellstufe beinhaltet das „Abrufen der relevanten Informationen [zur Beurteilung der Zufriedenheit]“ (vgl. Abbildung 3); Bewertungen der eigenen Gesundheit fließen also direkt mit in Zufriedenheitsurteile ein – vorausgesetzt, Gesundheit stellt eine subjektiv für die Lebenszufriedenheit relevante Variable dar. Da 30 der 44 Teilnehmer direkt ihre eigene Gesundheit im Rahmen des FLQM nannten (und 20 die benachbarte Kategorie „Mobilität und körperliche Fähigkeiten“), ist ein enger Zusammenhang zwischen der körperlichen Summenskala und dem FLQM post hoc gut nachvollziehbar. In diesem Sinne dürfen die Ausprägungen der körperlichen Summenskala des SF-36 als Untermauerung der Validität des FLQM interpretiert werden.

Der nur mittlere Zusammenhang zwischen FLQM und psychischer Summenskala entspricht der Vorannahme innerhalb der Konstruktvalidierung. Diese mag zunächst kontraintuitiv erscheinen, wird aber unter *inhaltlichen* Gesichtspunkten verständlich: Die Items, welche am stärksten gewichtet in die psychische Summenskala eingehen, beziehen sich zum größten Teil auf Symptome einer psychiatrischen *Morbidität*. Beispielsweise verwenden sechs dieser Items das Fragegerüst „[...] konnten sie [... Tätigkeit oder Handlungsablauf nicht wie gewohnt durchführen], z. B. weil sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten“. Eine derartig gerahmte Frage kann schwerlich als Indikator psychischen *Wohlbefindens* angesehen werden, sondern eher als Indikator psychischer *Krankheit*. Die psychische Summenskala hat, wie der gesamte SF-36, eher den Charakter einer Bestandsaufnahme von Defiziten als einer Auslotung von Potenzialen und Grenzen, wodurch die Variationsbreite der möglichen Antworten von vorne herein einschränkt ist. Der SF-36 wird zwar mit dem Anspruch präsentiert, (gesundheitsbezogene) Lebensqualität zu erfassen. Da die Operationalisierung des Konstruktes jedoch fast ausschließlich defizitorientiert erfolgt, impliziert die bloße Abwesenheit der im Fragebogen erfassten Defizite oder Symptome hohe Lebensqualität – eine fast absurde Annahme (vgl. z. B. die WHO-Definition von Gesundheit als Wohlbefinden: (WHO, 1946). Eine weitgehende Unabhängigkeit der FLQM-Gesamtwerte von einem Maß psychischer Morbidität wäre dennoch erstaunlich, daher stützt der gefundene mittlere Zusammenhang weiter die Konstruktvalidität des FLQM. Es wäre wünschenswert das Verhältnis von psychischer

Summenskala und FLQM über die Einbeziehung weiterer Variablen psychischer Gesundheit, z. B. Depressivität, näher zu beleuchten.

Die explorative Konstruktvalidierung des FLQM anhand einer Pilotstichprobe unterstützt die Validität des Fragebogens. Hohe und mittlere Zusammenhänge finden sich zwischen dem FLQM den inhaltlich am stärksten verwandten Validierungsskalen: der Einzelfrage zur allgemeinen Lebenszufriedenheit sowie dem PGCMS und zwei seiner Teilskalen. Während der FLQM-Score im prognostizierten Rahmen mit der psychische Summenskala des SF-36 zusammenhing, war die Korrelation mit der physischen Summenskala höher als erwartet. Die wahrgenommene eigene Gesundheit und Funktionsfähigkeit im Alltag scheint auch bei Personen, die sich vermutlich schon über einen längeren Zeitraum an ihre Einschränkungen anpassen konnten, eine bedeutende Rolle zu spielen. Negativer Affekt hängt, wie erwartet, nicht signifikant mit dem Gesamtscore auf dem FLQM zusammen, was als Hinweis auf dessen Ressourcenorientierung gedeutet wird. Unerwartet hoch fiel dagegen die Korrelation mit positivem Affekt aus. Den möglichen Ursachen sollte nachgegangen werden – vermutet werden eine unintendierte Konfundierung des FLQM mit dem affektiven Zustand oder eine *trait*-Interpretation des PANAS seitens der Studienteilnehmer.

#### **4.2 Methodologische Gesichtspunkte**

Abgesehen von allgemeinen Validitätsgesichtspunkten, muss die spezifische Operationalisierung von Lebensqualitätswerte im FLQM genau reflektiert werden. Einige Aspekte des Vorgehens könnten als problematisch angesehen werden: Die Bildung einer Produktsumme als Index, die Art der verwendeten Antwortskalen sowie selbstverständlich die große Heterogenität der individuell generierten Items werden Hauptdiskussionspunkte sein.

Ganz allgemein ist eine Besonderheit von Variablen, die aus Produktsummen gebildet werden, dass sehr unterschiedliche, sogar gegensätzliche Ausprägungen der einzelnen Produktterme zum gleichen Ergebnis führen können. Eine geringe Zufriedenheit, gekoppelt mit einer hohen Priorität des Bereichs, resultiert im selben Gesamtwert wie eine hohe Zufriedenheit in einem relativ unwichtigen Bereich. Gleiche *Produktsummen* können folglich ebenfalls auf sehr unterschiedliche Weise zustande kommen. Impliziert wird damit, dass sowohl Zufriedenheit als auch Gewicht in gleichem Ausmaß zum Gesamtwert

beitragen (Lauver & Knapp, 1993). Da diese Annahme in in dieser Arbeit verwendeten Modell getroffen wird, ist die Bildung einer Produktsomme grundsätzlich zulässig. Viel entscheidender ist, dass durch die simple Summierung der Produkte eine extrem große Spannweite von Werten erzeugt wird, die lediglich ein Artefakt der Berechnungsvorschrift darstellt. Dadurch, dass die Gewichtungen für jeden Bereich neu völlig frei gewählt werden können, werden für alle Personen, welche viele Bereiche als eher bedeutsam ansehen (und damit hohe Gewichte in die Gleichung einbringen) hohe Gesamtwerte erzeugt. Ein hoher Indexwert auf dem FLQM steht für eine hohe Lebensqualität – die bloße Tatsache, dass den genannten Lebensbereichen im Schnitt eine hohe Bedeutsamkeit beigemessen wird, bedeutet aber keinesfalls, dass damit eine hohe Lebensqualität verbunden ist. Auch für Personen, die eine große Anzahl an Bereichen nennen (und damit auch mehr Terme in die Produktsomme einbringen) werden bei diesem Vorgehen künstlich höhere Werte erzeugt (vgl. Streiner & Norman, 2003). Im FLQM wird diesem Problem begegnet, indem die Produktsomme um die Summe der Gesamtgewichte korrigiert, d. h. durch diese Summe dividiert wird. So wird ein *individuell gewichteter* Mittelwert der Lebensqualität gebildet, der nur die *relative* Gewichtung der Bereiche zueinander reflektiert und weder durch die Anzahl der genannten Bereiche, noch durch die Höhe der vergebenen Gewichte verzerrt wird. Die Grundannahme, dass Gewichte und Zufriedenheiten in ähnlichem Maße zum Gesamtwert beitragen, bleibt bestehen.

Ein weiterer methodologischer Aspekt ist die Verzerrung durch systematische Messfehler auf Grund des Formats oder durch Antworttendenzen. In Bezug auf die erste mögliche Fehlerquelle – Verzerrungen, die durch das Antwortformat begünstigt werden – besteht bei den an die Schulnoten angelehnten Skalen, wie sie im FLQM verwendet werden, die Gefahr einer künstlich schiefen Verteilung: Der Mittelpunkt der Schulnotenskala wird subjektiv erfahrungsbasiert eher zwischen 4 („ausreichend“) und 5 („mangelhaft“) angesiedelt als beim tatsächlichen Skalenmittelpunkt zwischen 3 und 4 (vgl. Streiner & Norman, 2003). Zum einen deuten jedoch die Ergebnisse aus einer begleitenden Befragung der Hälfte der Studienteilnehmer mit einem Meta-Fragebogen darauf hin, dass die Teilnehmer sich stark an den konkreten Bezeichnungen der Skalenpunkte orientierten und weniger an den Zahlenwerten. Zum anderen bestehen aus verschiedenen Studien gute Erfahrungen mit dem Verständnis des Bewertungsprinzips seitens älterer Teilnehmer, wenn dieses an eine bekannte Bewertungsskala (z. B. Schulnoten) angelehnt wird. Das vergleichsweise geringe Risiko der Antwortverzerrung

durch das Antwortformat wurde somit zu Gunsten der Verständlichkeit bewusst eingegangen. Die empirische Werteverteilung des FLQM spricht für das gewählte Skalenformat: Beim FLQM war zwar eine leichte Verschiebung der Verteilung zum positiven Pol der Skala zu beobachten<sup>2</sup>, diese geht jedoch völlig konform mit der aktuellen Forschungsliteratur und scheint nicht auf einem systematischen Fehler auf Grund des Fragebogenformats zu basieren. Letzterer Möglichkeit könnte durch systematische Variationen des Antwortformats nachgegangen werden. Generelle Antworttendenzen einzelner Teilnehmer können, wie bei fast jedem Fragebogen, selbstverständlich nicht ausgeschlossen werden. Zumindest auf der Ebene von Gruppenvergleichen kann man jedoch davon ausgehen, dass sich diese möglichen Tendenzen ausgleichen und in der Gesamtstichprobe nicht zu systematischen Verzerrungen führen. Auf das Problem des sozial erwünschten Antwortverhaltens wird im Rahmen der Diskussion von Einschränkungen und Grenzen der Studien 1 und 2 weiter unten gesondert eingegangen (Abschnitt 4.6).

Das zur Likert-Skala alternative Antwortformat ist eine visuelle Analogskala (VAS) mit zwei Ankerpunkten an den Extremen. Diese Skalenart umfasst häufig einen Wertebereich von 0 (geringste Ausprägung) bis 100 (höchste Ausprägung); auf diesem Kontinuum können sodann nicht durch Intervalle beschränkte Antworten visuell markiert werden. Auf den ersten Blick scheint die VAS das einfachere Format zu sein. Es ist jedoch wesentlich schwieriger, Antworten auf dieser Skala zu interpretieren als auf einer Likert-Skala, da Antworten außerordentlich stark von der spezifischen Formulierung der Ankerpunkte abhängen. Zudem fehlen Belege dafür, dass eine VAS eine bessere Diskrimination der Merkmalsausprägung ermöglicht, als beispielsweise eine Likert-Skala mit sieben Punkten (Steiner & Norman, 2003). Hinzu kommt, dass vor allem ältere (aber durchaus auch jüngere) Probanden Probleme mit dem Verständnis und der Anwendung dieses Skalentyps berichten (z. B. Guyatt, Townsend, Berman & Keller, 1987). Die Likert-Skalierung erweist sich einer VAS trotz deren scheinbaren Einfachheit in vielen Punkten als überlegen, so dass bei der Auswahl des Antwortformats keine bessere Alternative zur Verfügung stand.

---

<sup>2</sup> Man beachte, dass zur Berechnung die von den Teilnehmern genannten Werte für Zufriedenheit und Gewichtung umgepolt werden. Hohe Werte indizieren im eigentlichen Fragebogen negative Ausprägungen, in der umgepolten, ausgewerteten Form jedoch positive Ausprägungen von Lebensqualität bzw. Zufriedenheit.

Ein letzter wichtiger methodologischer Einwand könnte die große Heterogenität der anteilig individuell konstruierten Items betreffen. Im Zuge der Bearbeitung wird ein maximal idiografisches System von Bereichen der Lebensqualität generiert, welches beispielsweise auch als Grundlage der Bildung von Gruppenmittelwerten dient. Die Werte, mit denen operiert wird, werden jedoch aus inhaltlich unterschiedlichen Items gebildet. Dieses streng idiografische Vorgehen fußt jedoch auf einem Modell der Lebenszufriedenheit, welches durch die verschiedenen Schritte des FLQM lediglich *expliziert* wird: Der FLQM separiert die einzelnen kognitiven Operationen, die nach den Annahmen des Modells von Campbell et al. (1976) der Beantwortung einer Frage zur Lebenszufriedenheit vorgenommen werden. Wenn man von der Gültigkeit dieses Modells ausgeht, dann werden auch alle globalen Zufriedenheitsurteile auf Basis interindividuell unterschiedlicher Bereichssysteme gebildet. Pavot und Diener (1993b) beispielsweise tragen dieser Annahme in ihrer Satisfaction with Life Scale (SWLS) Rechnung, die mit dem Anspruch konzipiert wurde, auf Grundlage individuell gewählter Werte oder Lebensbereiche und deren Gewichtung einen Zugang zur Lebenszufriedenheit zu gewähren. Dieses individuelle Bereichssystem wird jedoch nicht explizit aufgeschlüsselt, vielmehr sind die Fragen der SWLS so global formuliert, dass, so die Annahme der Autoren, der Befragte nach eigenem Gutdünken seine persönlich bedeutsamen Lebensbereiche integrieren und gewichten kann. Beispielsweise lautet das erste Item „*In most ways my life is close to my ideal*“ (Pavot & Diener, 1993b, S. 172) – der Befragte soll dann auf einer siebenstufigen Likert-Skala den Grad seiner Zustimmung angeben. Wenn man von der Zulässigkeit globaler Zufriedenheitsurteile ausgeht, spricht nichts dagegen, eine Offenlegung der Schritte, welche zu diesem Urteil führen, ebenfalls als Möglichkeit in Betracht zu ziehen – solange Vergleiche auf der Ebene des Produktsummenscores stattfinden und nicht auf spezifischen Bereichsebenen.

### **4.3 Verständlichkeit und Durchführbarkeit**

Die „Durchführbarkeit“ des Fragebogens hängt in erster Linie von pragmatischen Gesichtspunkten bei der Durchführung des FLQM ab, wie Bearbeitungsdauer, Akzeptanz oder Verständlichkeit. Aus Gründen des Studiendesigns werden die folgenden Ausführungen in erster Linie deskriptive Aspekte und die Perspektive der *Befragten* adressieren. Zu allen Aspekten der Durchführung und Auswertung, welche die *Anwender*

betreffen, können auf Grund der Tatsache, dass die gesamte Pilotstudie vom Testentwickler durchgeführt wurde, lediglich Befunde anderer Studien mit patientengenerierten, individualisierten Messinstrumenten übertragen werden.

Auf den ersten Blick erscheint der Zeitaufwand für die Anwendung des FLQM beträchtlich: Bearbeitungszeiten von fast 19 Minuten im Mittel und bis zu 46 Minuten insgesamt werfen die Frage auf, ob dieser Fragebogen für die Einbettung in einen klinischen Routineablauf geeignet ist. Eine Fokussierung auf Mittel- und Extremwerte verzerrt indes das Bild, denn die Hälfte der Teilnehmer konnte den Fragebogen in höchstens 15 Minuten bearbeiten, insgesamt ein Viertel sogar in höchstens 12 Minuten. Hinzu kommt, dass der FLQM in der Pilotstudie ohne zeitliche Restriktionen getestet wurde: Auch wenn Teilnehmer sehr weitläufig oder abschweifend antworteten, wurden sie in der Regel *nicht* auf die Ausgangsfrage zurückgeführt. Es gab daher zahlreiche Teilnehmer, die mehr als die Hälfte der gemessenen Zeit nicht mit der direkten Bearbeitung der jeweiligen Stufe des FLQM (Benennen, Bewerten und Gewichten von Bereichen) beschäftigt waren, sondern stattdessen unterschiedlichste Aspekte und Phasen ihres jetzigen oder früheren Lebens resümierten. Eine explorative Längsschnittuntersuchung mit dem FLQM (vgl. Abschnitt 3.4) zeichnet ein positiveres Bild vom zeitlichen Rahmen, der zur Bearbeitung des FLQM notwendig ist. Im Längsschnitt wurden die Teilnehmer sehr schnell wieder auf die jeweils anstehende Bearbeitungsstufe zurückgeführt, wenn sie zu stark davon abwichen. Die durchschnittliche Bearbeitungszeit lag hier bei 14 Minuten, der Median bei 13. Diese Werte geben vermutlich eine realistischere Einschätzung des Zeitaufwands und werden voraussichtlich in einer anschließend geplanten, stärker standardisierten Validierungsstudie repliziert werden können. Gleichzeitig gaben drei Teilnehmer im Rahmen begleitenden Meta-Fragebogens sogar an, der Fragebogen sei in Anbetracht des Themas zu kurz.

Die Abwägung zwischen den jeweils gegebenen ökonomischen und personellen Rahmenbedingungen einerseits und den Bedürfnissen der Befragten bzw. der Komplexität der Fragestellung andererseits erscheint sinnvoll, bevor eine endgültige Bewertung der Durchführungsdauer bzw. eine Anpassung des Fragebogens vorgenommen wird. Es darf angenommen werden, dass der größte Teil der Teilnehmer im reflexiven Denken nicht geübt ist und somit die Art der Aufgabenstellung selbst einen wesentlichen Teil der Schwierigkeiten bei der Bearbeitung bedingt – unabhängig vom konkreten Inhalt der gestellten Anforderung. Meiner Ansicht nach muss eine gewisse Mindestdauer der

Durchführung einkalkuliert werden, um den Teilnehmern die Gelegenheit zu geben, sich mit der ungewohnten kognitiven Anforderung vertraut zu machen und damit erst zu verwertbaren Ergebnissen zu gelangen. Zudem ist der FLQM in der Durchführung wesentlich kürzer als vergleichbare Fragebögen wie der SEIQoL (mittlere Durchführungsdauer bei Älteren 38 Minuten, Range: 15 – 105 Minuten; (Mountain et al., 2004) oder der PGI (Range bei Älteren: 45 – 80 Minuten; (Tully & Cantrill, 2000)). Auch für die Bearbeitung des in der Klinik stark verbreiteten SF-36 benötigen ältere Teilnehmern im Schnitt 34 Minuten (Range: 8 – 100 Minuten; (Mountain et al., 2004)). Bei allen drei genannten Fragebögen ist zudem die Auswertung zeitaufwändig und, mit Ausnahme des PGI, nur mit spezieller Software möglich.

In der Altersgruppe der Teilnehmer sollten einige Besonderheiten im Erhebungsmodus beachtet werden, um den Fragebogen „altersfair“ zu gestalten. Durch den Einsatz des Meta-Fragebogens in einer Teilstichprobe (n = 21) können einige dieser Gesichtspunkte nicht nur extern, sondern auch aus subjektiver Sicht diskutiert werden. Beide Perspektiven werden im Folgenden berücksichtigt.

Da visuelle und auditive Einschränkungen im Alter sehr verbreitet sind, wurde die Präsentationsform des Vorlesens gewählt in Kombination mit der Möglichkeit, selbst mitzulesen. Dadurch wird den Teilnehmern ermöglicht, je nach individueller Präferenz auf ein Darbietungsformat zu fokussieren. Diese Art der Darbietung stieß aus Teilnehmersicht auf große Zustimmung und kann deshalb befürwortet werden. Aufgrund möglicherweise geringerer Merkfähigkeit oder Konzentrationsschwäche sollten in älteren Populationen Fragebögen bzw. Erhebungssituationen generell möglichst kurz gehalten werden – nicht nur aus Gründen der Belastung für die jeweiligen Teilnehmer, sondern auch um möglichen Antwortverzerrungen durch Ermüdung vorzubeugen. Im Zuge der Bearbeitung des FLQM wurden den Teilnehmern daher sowohl die Instruktionen als auch die jeweiligen Antwortskalen für Bewertung und Gewichtung der Lebensbereiche in großer Schrift vorgelegt. Die visuelle Präsenz der relevanten Informationen stellt im Rahmen des FLQM einen wichtigen Anker dar, der kognitive Besonderheiten älterer Populationen gegebenenfalls ausgleichen kann. Die Notwendigkeit dieser Maßnahme spiegelt sich auch in der Einschätzung der Teilnehmer: Die Prädikate der einzelnen Skalenstufen (Wertelabels) wurden bis auf eine Ausnahme von allen Befragten als hilfreich empfunden. Auch empfand keiner der Befragten den Fragebogen insgesamt als schwierig oder, wie bereits erwähnt, als zu lang.



Wichtige Punkte einer altersangemessenen Erhebung sind selbstverständlich auch die inhaltliche Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit der Instruktionen, noch vor Präsentationsformat und Länge (vgl. Fleischmann & Oswald, 2001; Gunzelmann & Oswald, 2005). Auch hier zeichnen die Befragten ein positives Bild des FLQM: Alle empfanden die Instruktion als gut verständlich und der überwiegende Teil gab an, mit den Bewertungs- und Gewichtungsskalen gut zurecht zu kommen. Eine so positive Bilanz der Verständlichkeit war nicht als selbstverständlich zu erwarten, kam es doch während der Datenerhebung wiederholt zu Verständnisproblemen bezüglich der Antwortskalen zur PGCMS, einem Fragebogen der explizit für ältere Personen entwickelt wurde (vgl. Lawton, 1975). Demgegenüber hatten die Teilnehmer keine beobachtbaren oder berichteten Probleme mit dem Antwortformat des FLQM, was sich auch in der positiven Einschätzung der verwendeten Skalen und Skalenformate spiegelt. Die Bedeutung der guten Verständlichkeit für die Beurteilung der Qualität des FLQM kann nicht hoch genug eingeschätzt werden. Zusammenfassend erschienen die Akzeptanz des FLQM sowie Verständnis und Kooperationsbereitschaft seitens der Teilnehmer gut. Untermauert wird dieser subjektive Eindruck während der Datenerhebung durch den begleitenden Meta-Fragebogen.

Die Anregungsliste als wesentlicher Bestandteil des Fragebogens wurde von den befragten Teilnehmern bis auf eine Ausnahme als hilfreich bei der Bearbeitung des Fragebogens gewertet. Gleichzeitig gaben sieben der 21 Befragten an, zumindest „teilweise“ in der Auswahl der ihnen wichtigen Lebensbereiche durch die Anregungsliste beeinflusst worden zu sein. Unterschiede in der Abhängigkeit der Nennungen von der Anregungsliste zwischen den aus eigener Sicht beeinflussten und nicht beeinflussten Teilnehmern sind statistisch nicht signifikant. Dennoch bleibt hier Diskussionsbedarf: Auch eine unintendierte Vorgabe der Urteilsdimensionen durch den Fragebogen im Sinne einer *Auswahl* würde dessen Anspruch unterminieren, *individuelle* Bereichspräferenzen widerzuspiegeln. Andererseits wurde bei der Zusammenstellung der Beispiele sorgfältig darauf geachtet, eine vielseitige und breit gefächerte Auswahl zur Verfügung zu stellen. Dadurch soll eine variationsreiche individuelle Zusammenstellung unterstützt werden, die unterschiedlichste Bereiche des Lebens umfasst. So liegt auch das mittlere Verhältnis von Übereinstimmungen mit der Anregungsliste und Gesamtzahl der Nennungen relativ hoch: Etwa jede zweite individuelle Nennung findet sich in vergleichbarer Form auf der Anregungsliste. Ein gewisser Grad an Übereinstimmung mit der Liste ist jedoch nicht

überraschend, denn es befinden sich eben zahlreiche Bereiche darunter, die von vielen Menschen als bedeutsam angesehen werden und teilweise gerade unter diesem Gesichtspunkt in die Liste aufgenommen wurden (vgl. Abschnitte 2.3.1.3 und 3.2.2). Die bloße Übereinstimmung einer individuellen Wahl mit der Liste ist also nicht grundsätzlich problematisch, ebenso wenig die Wahrnehmung, dass die Beispiele die eigene Auswahl *teilweise* beeinflusst haben. Wäre die Liste jedoch von mehr Teilnehmern als Vorgabe empfunden worden oder der Übereinstimmungsquotient deutlich über 0,5 gestiegen, stünde das gesamte Konzept des FLQM in Frage. Vermutlich wäre es in einem dieser Fälle sinnvoller, mit vorgegebenen Dimensionen zu arbeiten. Weiter unten wird der Grad der Übereinstimmung mit der Anregungsliste im Kontext der Inhalte der individuellen Nennungen detailliert diskutiert.

Die Kommentare der Studienteilnehmer – zu den Items 1, 2, 3, 9 und 10 des Meta-Fragebogens – geben Anregungen zur Optimierung des FLQM sowie weitere Hinweise auf mögliche Schwierigkeiten. Aus mehreren Äußerungen kann geschlossen werden, dass weniger die Form des Fragebogens problematisch für die Befragten war, als vielmehr die Komplexität der dahinter stehenden Aufgabe „in so kurzer Zeit Rechenschaft abzulegen über die eigenen Bedürfnisse und das Leben“, wie Teilnehmer 51 es ausdrückte. Die Reduktion komplexer Facetten des Lebens auf wenige Stichworte und die Vergabe von Punktwerten, die diese Komplexität angemessen widerspiegeln, scheint trotz des guten Verständnisses eine Herausforderung für zahlreiche Teilnehmer gewesen zu sein. Auch die Anmerkungen zur Verständlichkeit des Fragebogens für andere Personen in ähnlichen Lebenslagen (Frage 9) reflektieren das Bewusstsein der Teilnehmer für die vergleichsweise hohe Komplexität der Anforderung: Alle Teilnehmer die (unaufgefordert) diese Frage kommentierten waren der Ansicht, der „intellektuelle Hintergrund“ oder die „geistige Regeamkeit“ seien entscheidende Voraussetzung für ein Verständnis des Fragebogens (vgl. Tabelle 22). Diese Befunde bestärken aus der Teilnehmerperspektive die Einschränkung der Studienpopulation auf Personen ohne kognitive Defizite. Im Falle einer erfolgreichen Validierung des FLQM an einer größeren, zielgruppenrepräsentativen Stichprobe wäre es erstrebenswert, Modifikationsmöglichkeiten und Anpassungen des FLQM für Personen mit zumindest beginnenden oder leichten kognitiven Beeinträchtigungen zu explorieren. Möglicherweise wird eine individualisierte Messung der Lebensqualität in dieser Population aber nur eingeschränkt möglich sein. Außerdem werden restriktivere Vorgaben bzw. eine stärkere Eingrenzung der Auswahlbereiche notwendig sein, um den Betroffenen

eine Bewältigung der kognitiven Anforderung zu ermöglichen. Denkbar wäre auch eine weitere Vereinfachung der Gewichtung auf eine dreistufige Skalen (z. B. „sehr wichtig“, „nicht so wichtig“, „egal“).

In Bezug auf die *Befragten* sprechen die Erfahrungen bei der Fragebogenvorgabe und die empirischen Ergebnisse für eine gute Durchführbarkeit des FLQM. Zu klären bleibt die Frage, wie potenzielle *Anwender* die Vorgabe und Auswertung des FLQM bewerten. Dazu gibt es bislang keine empirischen Erkenntnisse, da sämtliche Befragungen im Rahmen der Pilotstudie vom Entwickler des Fragebogens durchgeführt wurden. Im Rahmen einer größeren Validierungsstudie sollte dieser wichtige Aspekt parallel quantitativ und qualitativ erkundet werden. In Anbetracht der positiven Resonanz seitens der Studienteilnehmer steht zu hoffen, dass Anwender dem FLQM die gleiche Akzeptanz entgegenbringen.

Die Kosten für einen Einsatz des FLQM sind relativ gering anzusetzen: Abgesehen von Beschaffungskosten und Personal für die Durchführung genügt zur Auswertung einfachste Statistiksoftware – notfalls kann die Auswertung problemlos per Hand durchgeführt werden. Für eine volle Ausschöpfung des Informationsgehalts des FLQM ist eine Speicherung der quantitativen wie auch qualitativen Informationen über einen längeren Zeitraum sinnvoll. Denkbar ist die Erstellung einer einfachen, EXEL™-kompatible Eingabemaske für die genannten Lebensbereiche sowie ihre Bewertungen und Gewichte.

Zusammengenommen sind die Einschätzungen des FLQM auf dem Meta-Fragebogen seitens der Teilnehmer sehr ermutigend. Sowohl der Umfang als auch das Format des Fragebogens stieß auf überwiegende Zustimmung. Die Instruktionen sowie die Antwortskalen scheinen aus Sicht der befragten älteren Menschen angemessen und die Auswahlliste wurde insgesamt gut akzeptiert und als unterstützend wahrgenommen. Durchführungsdauer und Kosten bewegen sich in einem gut vertretbaren Rahmen. Der Einsatz des FLQM kann somit unter Gesichtspunkten der Durchführbarkeit und Akzeptanz auf Grundlage der Befunde der Pilotstudie als Messinstrument der Lebensqualität älterer, multimorbider Personen empfohlen werden.

#### **4.4 Reliabilität und Objektivität des FLQM**

Neben der Validität sind Objektivität und Reliabilität die beiden wesentlichen klassischen Gütekriterien eines Fragebogens. Die Auswertungsobjektivität des FLQM kann als

gesichert angesehen werden, da die Auswertung in einer einfachen mathematischen Verknüpfungsfunktion ohne Interpretationsspielräume besteht. Zu Durchführungs- und Interpretationsobjektivität können im Rahmen von Studie 2 jedoch keine Angaben gemacht werden, da der Fragebogen nicht von unterschiedlichen Anwendern verwendet wurde. Für eine Bestimmung der Interpretationsobjektivität ist zudem das Ziel der Erhebung von entscheidender Bedeutung. Unzweifelhaft wird bei einfachen Vergleichen über die Zeit oder über Personen und Gruppen jeder Anwender zum gleichen Ergebnis gelangen; mögliche Implikationen der jeweiligen Befunde können aber nur mit populations-spezifischen Normen objektiv abgeleitet werden. Ob die Entwicklung solcher Normwerte bei einem so hochgradig subjektiven Konstrukt und der großen Heterogenität der Zielgruppe überhaupt sinnvoll ist und welche Anwendungsfelder für normbezogene Interpretationen sich möglicherweise bieten, steht zur Debatte. Gerade die Durchführungsobjektivität ist möglicherweise ein besonders sensibler Bereich, denn die von den Teilnehmern im Verlauf des Fragebogens verlangten Informationen sind sehr privater Natur. Es kann angenommen werden, dass der Grad der Offenheit, mit dem der FLQM bearbeitet wird, in hohem Maße von interpersonalen Faktoren und Sympathie abhängig ist. Daher sollte der Überprüfung und Sicherstellung dieses Gütemerkmals in einer zukünftigen Untersuchung besonderes Augenmerk gelten.

Eine Reliabilitätsprüfung im herkömmlichen Sinne verbietet sich auf Grund der Grundannahmen bezüglich des untersuchten Konstruktes. Lebensqualität ist in der Operationalisierung des FLQM ein hochgradig fluktuierendes, heterogenes Merkmal. Ein einfacher *retest* ist in Anbetracht der Fluktuation nicht sinnvoll, *split-half* Reliabilität oder interne Konsistenz lassen sich wegen der großen Heterogenität der individuell konstruierten Items nicht bestimmen. Erschwerend kommt hinzu, dass die Anzahl der Items in Abhängigkeit von den individuell benannten Dimensionen stark schwankt. Eine Möglichkeit, tatsächlich Hinweise auf die Reliabilität des FLQM zu erhalten, würde in einem relativ aufwändigen längsschnittlichen Design bestehen: Parallel zu einer erneuten Vorgabe des FLQM müssten Variablen mit erhoben werden, die einen nachgewiesenen oder theoretisch begründbaren Einfluss auf die Ausprägung von Lebensqualität (gemessen mit dem FLQM) haben. Denkbar sind beispielsweise Maße der Multimedikation, des Schmerzes, subjektiver Gesundheit, kritischer Lebensereignisse, globaler Lebenszufriedenheit oder Symptomstärke und Diagnosen. Der Grad der gemeinsamen Variabilität über die Zeit und die Kovarianz der Veränderungen auf den einzelnen Maßen

erlauben Rückschlüsse auf die Sensitivität des FLQM hinsichtlich Stabilität oder Veränderung. Man sollte in diesem Zusammenhang jedoch vermutlich eher von *responsiveness* als von Reliabilität des Instruments sprechen – also dem Grad, zu dem der FLQM auf tatsächliche Veränderungen angemessen reagiert (vgl. Fitzpatrick et al., 1998).

Die Ergebnisse einer explorativen Überprüfung der Reproduzierbarkeit durch wiederholte Messung sechs Monate nach der Baseline-Erhebung lassen sich in diesem Kontext als positive Signale werten. In dieser zweiten Erhebung wurden neben dem FLQM und der globalen Lebenszufriedenheit auch bedeutsame Ereignisse im Leben der Teilnehmer in offener Fragestellung erfasst. Der Zusammenhang zwischen FLQM-Gesamtwert und globaler Lebenszufriedenheit war ähnlich hoch positiv wie in der Pilotstudie, allerdings waren beide Variablen zeitlich relativ stabil. Eine systematische Überprüfung differentieller Effekte der subjektiv bedeutsamen Ereignisse zwischen den Erhebungszeitpunkten konnte leider nicht durchgeführt werden, da die Fallzahl derjenigen, die *keine* Ereignisse berichteten zu niedrig für einen sinnvollen Gruppenvergleich war. Eine zukünftige, größere Studie sollte in jedem Fall diesen Forschungsstrang weiter verfolgen.

#### **4.5 Inhaltsvalidität und querschnittliche Unterschiede subjektiver Konstruktionen von Lebensqualität im Alter**

Sowohl in der qualitativen Vorstudie (Studie 1) zur Entwicklung des FLQM, als auch in der Pilotstudie selbst (Studie 2) wurden Informationen zur subjektiven Konstruktion der eigenen Lebensqualität der Teilnehmer zugänglich, die unter anderem Hinweise auf die Inhaltsvalidität des FLQM liefern können. In Studie 1 geschah wurden diese inhaltlichen Informationen mittels expliziter Fragestellungen im Rahmen eines qualitativen Interviews gewonnen, während sie Studie 2 als Teilprodukt der Bearbeitung des FLQM angesehen werden können. In Studie 1 war der Zeitrahmen noch offener gehalten als in Studie 2, zudem waren die Teilnehmer dort aufgefordert, alle Aspekte zu benennen, die ihnen im Rahmen der jeweiligen Frage wichtig erschienen, während in Studie 2 eine bewusst auferlegte Beschränkung der Antworten auf „*in etwa fünf Bereiche, die am meisten damit zu tun haben, wie zufrieden [der Teilnehmer mit seinem Leben ist]*“ stattfand. Dementsprechend fand sich eine deutlich größere Auswahl von Lebensbereichen je Teilnehmer in Studie 1. Diese Unterschiede in der Reichhaltigkeit der individuellen

Kategoriensysteme sollten jedoch nicht interpretiert werden, denn Studie 1 diente im Wesentlichen dazu, das Feld der individuellen Definitionen von Lebensqualität und Wohlbefinden empirisch zu erschließen und einen Überblick über die Bandbreite möglicher Elemente der individuellen Systeme zu gewinnen. Die unterschiedlichen Arten von Fragestellungen und das im Vergleich zu Studie 2 noch niedrigere Abstraktionsniveau der Kategorien in Studie 1 beeinflussen maßgeblich die Anzahl der individuellen Nennungen und der abgeleiteten Kategorien. Ein ähnliches Vorgehen wurde z. B. auch in den Studien von Bowling et al. (2003) und Richard et al. (2005) gewählt (vgl. Tabelle 4).

Der Vergleich mit der internationalen Forschungsliteratur zu diesem Thema bestätigt die Ergebnisse der Vorstudie: Auch ältere Menschen berichten eine große Fülle bedeutsamer Lebensbereiche, die zwar möglicherweise andere Schwerpunkte aufweisen als die Präferenzprofile jüngerer Kohorten, jedoch an Heterogenität diesen in keiner Weise nachstehen. Es war ein Anliegen der Vorstudie, diese Vielfalt zu replizieren und im Abgleich mit der Forschungsliteratur eine empirisch begründete Auswahl von Beispieldimensionen für die Instruktion des FLQM zu ermöglichen. Die große Bandbreite von Bereichsnennungen in der relativ kleinen Stichprobe aus Studie 1 ( $N = 8$ ) belegt auf eindrucksvolle Weise, wie diskussionswürdig (und möglicherweise auch fragwürdig) eine universelle Festlegung von Bewertungsdimensionen der Lebensqualität in der Population mehrfach erkrankter Älterer ist. Bestätigung erfährt das aus den Interviews im Rahmen von Studie 1 abgeleitete Kategoriensystem durch die qualitativen Daten aus Studie 2. Zwar wurden für die inhaltliche Auswertung von Studie 2 aus pragmatischen Gesichtspunkten einige Kategorien zusammengelegt bzw. aufgrund fehlender Belegung gestrichen, doch konnte die große Vielfalt bedeutsamer Bereiche des Lebens klar repliziert werden. Selbst unter dem Vorbehalt der Fusion von Kategorien bzw. der partiellen Anpassung des deduktiven Kategoriensystems, wurden 19 Kategorien bedeutsamer Lebensbereiche aus den Nennungen abgeleitet. Diese Zahl ist, wie oben bereits angesprochen, im Kontext des Abstraktionsniveaus der Kategorien zu interpretieren. Dieses war in Studien 1 und 2 bewusst niedrig angesetzt, um das Kategoriensystem möglichst lebensnah und differenziert zu halten. Diese Prämisse galt zum einen in Hinblick auf die Auswahlliste, die aus dem Kategoriensystem abgeleitet werden sollte. Zum anderen lässt sich so die erlebte Komplexität von scheinbar homogenen Lebensbereichen abbilden, wie beispielsweise „Gesundheit“. Die Bewertung eines solchen Bereiches wird umso ambivalenter und weniger valide sein, je komplexer die Struktur der einzelnen Facette in sich selbst vom

Teilnehmer wahrgenommen wird. Mehrere Äußerungen von Teilnehmern im Rahmen der Befragung mit dem begleitenden Meta-Fragebogen unterstützen den gewählten Ansatz: So bemerkte beispielsweise ein Teilnehmer, dass es *„bei den einzelnen [Bereichen] [...] manchmal schwierig [ist], einen einzelnen Punktwert zu vergeben, da Facetten sehr unterschiedlich sein können“*. Eine zu starke Reduktion der idiografischen Lebensbereiche auf übergeordnete Hauptkategorien führt so möglicherweise zu einem Informationsverlust und Verzerrungen der Bewertung. Mit den Hierarchien einzelner Lebensbereiche und ihrer Facetten beschäftigt sich beispielsweise eine Arbeit von Oishi und Diener (2001).

Die Entwicklung der individuellen Bereichssysteme mit dem Alter, d. h. der subjektiven Konzepte von Lebensqualität, kann mit dem vorliegenden Datenmaterial nicht nachvollzogen werden. Trotzdem werfen querschnittliche Vergleiche der beiden Altersgruppen und des Zusammenhangs zwischen Alter und Facettenreichtum der Konzepte von Lebensqualität etwas Licht auf diese komplexe Entwicklungsthematik. Die Ergebnisse von Studie 2 legen nahe, dass sich die Vielfältigkeit der bedeutsamen Lebensbereiche mit zunehmendem Alter verringert: Hochbetagte (über 80 Jahre) nannten im Schnitt einen Lebensbereich weniger als die jungen Alten (65 bis 79 Jahre). Außerdem wiesen das Alter und die Anzahl der im Rahmen des FLQM benannten Lebensbereiche einen hoch signifikanten negativen Zusammenhang auf. Eine differenzierte Auswertung der genannten Lebensbereiche über alle Studienteilnehmer hinsichtlich der relativen Häufigkeit der Nennungen gibt weitere Aufklärung: Hochbetagte nannten lediglich sieben Kategorien mit einer relativen Häufigkeit von mindestens 0,2 – die jüngeren Alten fast doppelt so viele, nämlich 13 Kategorien. Das bedeutet, dass die älteren Teilnehmer nicht nur durchschnittlich weniger Kategorien bzw. Bereiche benannten, sondern auch deutlich weniger Bereiche mit nennenswerter Häufigkeit genannt wurden. Die Schwelle der relativen Häufigkeit von 0,2 wurde willkürlich gewählt. Sie entspricht bei den jungen Alten mindestens sechs, bei den alten Alten mindestens drei Nennungen. Daraus kann in den Grenzen dieser Pilotstudie auf eine Verengung und zunehmende Dedifferenzierung der subjektiven Struktur des Konstruktes „Lebensqualität“ im sehr hohen Alter geschlossen werden. Die Zahl der regelmäßig genannten Bereiche verringert sich, d. h. der „Pool“, aus dem geschöpft wird, verkleinert sich.

Mit einem etwas anderen Schwerpunkt wurde die Verengung der Bandbreite von bedeutsamen Lebensbereichen wurde der Ebene des *investment*, der Kraftinvestition in die Zielerreichung in bestimmten Lebensbereichen, im Rahmen der Berliner Altersstudie

untersucht. Die Teilnehmer sollten für zehn ausgewählte Lebensbereiche das Ausmaß ihrer persönlichen Investition angeben. Auch in diesem Forschungskontext konnte eine Reduktion der Bereiche beobachtet werden, in welche die Teilnehmer in stärkerem Maße investieren (Ebner, Freund & Baltes, 2006; Riediger & Freund, 2006). Ähnliche Ergebnisse zeigten die Analysen zum Facettenreichtum der Selbstdefinition innerhalb der BASE: Je stärker gesundheitlich eingeschränkt ältere Teilnehmer waren, desto weniger und inhaltlich weniger reichhaltige Selbst-definierende Bereiche benannten sie (Freund & Smith, 1999). Die Untersuchung der Balance von Gewinnen und Verlusten im Alter stützt diese Beobachtung: Mit dem Alter entwickelt sich die Bilanz der objektiven Gewinne und Verluste („*gains and losses*“) zunehmend negativ, einhergehend mit weniger adaptiven Funktionsprofilen im höheren Alter (Smith, 2003; Smith & Baltes, 1997; vgl. Abschnitt 1.2.1). Die Tatsache, dass zunehmend gesundheitliche, psychische und soziale *Einschränkungen* gegenüber den *Möglichkeiten* überwiegen, würde die Reduktion der wahrgenommenen Quellen von Lebensqualität und Wohlbefinden erklären. Gleichzeitig spiegelt sich diese Einschränkung der Grundlagen von Lebensqualität eben nicht in einer verminderten erlebten Lebensqualität wieder – weder im FLQM, noch in der Frage nach der allgemeinen Lebenszufriedenheit. Die Verringerung der Möglichkeiten bzw. der Bandbreite sinn- und zufriedenheitsstiftender Erfahrungen muss also keinen Rückgang der wahrgenommenen Lebensqualität bedingen. Solche Ergebnisse aus inhaltlich verwandten Forschungsprojekten lassen die Befunde dieser Arbeit plausibel erscheinen: Mit zunehmendem Alter scheint sich die Bandbreite der bedeutsamen Lebensbereiche zu verkleinern – jedoch ohne dass ein ursächlicher Einfluss auf die wahrgenommene Lebensqualität angenommen werden kann.

Die bisherigen Ergebnisse und Folgerungen lassen sich gut vor dem Hintergrund von Modellen der Anpassung im Alter interpretieren: Sowohl im Rahmen des SOK-Modells (Baltes & Baltes, 1990a) als auch des Prozessmodells der Anpassung von Brandstädter (z. B. Brandstädter & Greve, 1994b) werden adaptive Strategien der Verarbeitung bzw. Bewältigung zunächst aversiver individueller Entwicklungen beschrieben. Die Strategien der Selektion, Optimierung und Kompensation, welche eher auf die konkrete Verhaltensebene Bezug nehmen, wie auch ein akkomodativer Verarbeitungsmodus, welcher primär auf die kognitiv-emotionale Bewertung von Entwicklungsverläufen Bezug nimmt, ermöglichen einen in Hinblick auf Wohlbefinden und Zufriedenheit förderlichen Umgang mit objektiv ungünstigen Bedingungen (vgl. Ebner



et al., 2006). Dabei greifen verschiedene Mechanismen ineinander: Einschränkungen des Handlungsspielraums können in ihrer Bedeutung für das subjektive Wohlbefinden durch eine bewusste Selektion von Optionen mit größerer Handlungskompetenz oder positiverer Bewertung abgemildert werden – dies würde die Verringerung der Bandbreite bedeutsamer Lebensbereiche in der Studienstichprobe erklären. Gleichzeitig kann eine akkomodative Verarbeitung Einschränkungen und nachlassende Fähigkeiten in den bereits selektierten Bereichen ausgleichen, was die auch in der älteren Teilstichprobe hohen Ausprägungen auf dem FLQM und der globalen Zufriedenheit plausibel machen würde.

Die beschriebenen Studienergebnisse fügen sich in das geläufige Bild des „Paradox’ des subjektiven Wohlbefindens“ ein und sprechen daher für die Inhaltsvalidität des FLQM. Trotz der mit dem Alter im Schnitt zunehmenden Einschränkungen auf gesundheitlicher, kognitiv-psychischer und sozialer Ebene und trotz der Verkleinerung des individuellen Systems bedeutsamer Lebensbereiche besteht unvermindert die Möglichkeit, dieses Leben als erfüllt und erfüllend wahrzunehmen. Der Nutzen des FLQM könnte unter anderem darin liegen, nicht nur den reinen Bewertungsaspekt, d. h. die quantitative Seite, des Paradox’ des subjektiven Wohlbefindens zu betrachten, sondern simultan auch relativ unkompliziert Informationen über die *inhaltlichen Grundlagen* der subjektiven Zufriedenheitsbewertungen zugänglich zu machen. Informationen über Stabilität und Veränderungen hinsichtlich der individuell bedeutsamen Lebensbereiche sowie ihrer relativen Bedeutsamkeiten erweitern nicht nur den Blick auf die Prozesse, welche dem Entstehen subjektiver Zufriedenheit zu Grunde liegen. Sie bieten vielmehr eine verbreiterte Basis für individuelle, ressourcenorientierte Diagnostik und Interventionsplanung in der geriatrischen psychosozialen und medizinischen-pflegerischen Versorgung.

#### **4.6 Methodische Einschränkungen und Grenzen der Interpretierbarkeit**

Das gemischte Design der vorgestellten Studien mit qualitativen und quantitativen Anteilen bietet viele Möglichkeiten, birgt jedoch auch Risiken. Qualitative Daten sind mindestens genauso anfällig für Verzerrungen durch Interviewereffekte und Antworttendenzen wie quantitative Daten (Flick, 1995, 2002; Schwarz, 1999). Da in einer Interviewsituation notwendigerweise sämtliche Informationen direkt an den Interviewer gegeben werden, sind Interviewdaten für bestimmte Verzerrungen möglicherweise sogar anfälliger: Tendenzen zum sozial erwünschten Antwortverhalten oder bewusste

Verzerrungen bei Fragen zu sehr intimen und/oder schambesetzten Themen müssen bei der Bewertung und Interpretation der Antworten einkalkuliert werden (Diekmann, 2007). Das gilt beispielsweise für die Bereiche Sexualität und Inkontinenz (vgl. Ahnis, 2005).

Die vorgestellte Gesamtstudie (Studien 1 und 2) ist eine Pilotuntersuchung, mit allen Beschränkungen, denen eine Studie dieser Größenordnung hinsichtlich der statistischen Auswertung unterliegt. Die Stichprobengröße der Hauptstudie (Studie 2) von  $N = 44$  – und die entsprechenden Größen von Teilpopulationen wie Altersgruppen oder Geschlechter – verbietet die Anwendung zahlreicher Auswertungsverfahren und erschwert die Ableitung allgemeingültiger Schlüsse aus den Daten. Insbesondere beim Vergleich von Teilpopulationen, d. h. Altersgruppen, Geschlecht und Bildungstand, müssen die Ergebnisse vorsichtig interpretiert werden und sollten lediglich als Hinweise auf die Richtung von Zusammenhängen oder Unterschieden verstanden werden.

Problematischer als die geringe Stichprobengröße indes ist die Art der Stichprobe: Die Teilnehmer wurden mehr oder weniger unsystematisch als Gelegenheitsstichprobe aus einer sehr stark vorselektierten empirischen Population gezogen. Selektionseffekte speisen sich vor allem aus dem Umstand, dass die Teilnehmer von sich aus Kontakt zum Studienleiter aufnehmen, also ein relativ großes Maß an Eigeninitiative zeigen mussten. Es handelt es sich also vermutlich um Personen, die Interesse an sozialen Kontakten haben, eine relativ große Kommunikationsbereitschaft besitzen und über die Offenheit verfügen, im Gespräch sehr private Vorstellungen, Bedürfnisse und Wünsche zu äußern. Diese Eigenschaften haben möglicherweise die genannten Lebensbereiche nicht unwesentlich geprägt. Unter Umständen stehen das Interesse und die Offenheit der Teilnehmer auch in Zusammenhang mit der Reichhaltigkeit der individuellen Kategoriensysteme. Es ist denkbar, dass Personen, die sich noch stärker aus dem Leben und der sozialen Interaktion zurückziehen, eine geringere Bandbreite bedeutsamer Bereiche nennen würden (vgl. Cumming & Henry, 1961). Darüber hinaus sprechen Offenheit und Interesse für eine aktive Auseinandersetzung mit dem eigenen Leben und damit möglicherweise für eine affirmative, positive Grundhaltung, die sich in einer positiven Verzerrung von Zufriedenheit und Lebensqualität in der Stichprobe äußern könnte.

Insofern es sich um Teilnehmer aus den Pflegediensten oder der Praxis für physikalische Therapie handelt, wurden diese Personen zudem im Vorfeld bereits vom eingebundenen Personal der jeweiligen Einrichtung ausgewählt – auch dies stellt eine Verzerrung dar. Vermutlich wurden diejenigen Klienten eher ausgewählt, denen die

jeweiligen Pflegedienstleitungen oder Therapeuten eine größere soziale Kompetenz und einen besseren kognitiven Status zugeschrieben. Auch hier könnte man Verzerrungen des Kategoriensystems sowie des FLQM-Gesamtscores vermuten. Obwohl Alters- und Geschlechterverteilungen annähernd der deutschen Gesamtpopulation entsprechen, gilt dies nicht für die Population der mehrfach erkrankten älteren Menschen (vgl. Robert-Koch-Institut, 2003): Insbesondere der Anteil der Hochbetagten müsste in der Stichprobe deutlich höher liegen, um annähernd repräsentativ zu sein. Allerdings war eine populationsrepräsentative Erhebung auch kein Anliegen dieser Pilotstudie. Vielmehr war ein wichtiges Anliegen, alle Altersgruppen mit in die Untersuchung einzubinden und einen möglichst breiten Altersbereich abzudecken. Auch hinsichtlich der Häufigkeiten bestimmter Erkrankungen bzw. Beschwerdeprofile kann nicht von Repräsentativität ausgegangen werden. In diesem Kontext stellen sich epidemiologische Probleme: Einerseits ist das Sampling einer in Hinblick auf Erkrankungen repräsentativen Stichprobe methodisch sehr aufwändig – es ist eine genaue klinische Abklärung aller Komorbiditäten erforderlich – , andererseits erschwert die relativ schlechte Datenlage zu Prävalenzen von Krankheiten und Krankheitskombinationen (in bestimmten Teilstichproben und der Gesamtbevölkerung) die konkrete Bestimmung der abzubildenden Verteilungen in der Grundgesamtheit (vgl. Abschnitt 1.2.4).

Zur Prüfung der Konstruktvalidität des FLQM wurden Annahmen über Zusammenhänge mit verschiedenen Skalen aufgestellt – auch hier mussten, wie bereits an gegebener Stelle erwähnt, Beschränkungen durch die Stichprobengröße hingenommen werden (vgl. Abschnitt 4.1). So wäre zur Überprüfung der Vorhersagekraft der unterschiedlichen Variablen und Skalen eigentlich eine Regressionsanalyse das Mittel der Wahl gewesen. Anhand der Korrelationsmatrix konnten die Einzelzusammenhänge und die durch die einzelnen Prädiktoren aufgeklärte Varianz des FLQM abgeschätzt werden. Eine gleichzeitige Analyse der jeweiligen Anteile an der gesamten Varianzaufklärung war jedoch aufgrund der Stichprobengröße nicht sinnvoll möglich. Die gegebene Stichprobe hätte lediglich die Einbeziehung von zwei Variablen in die Regressionsanalyse erlaubt, so dass durch die Vorselektion das Ergebnis bereits wesentlich determiniert gewesen wäre. Die Bestimmung der unabhängigen Varianz des FLQM wird somit nur innerhalb einer deutlich umfangreicheren Stichprobe erfolgen können.

Bei der Auswertung der mit dem FLQM assoziierten qualitativen Daten, nämlich den von den Teilnehmern benannten Lebensbereichen, machte sich die relativ kleine

Stichprobengröße besonders bemerkbar: Da zahlreiche Kategorien lediglich mit einer Häufigkeit unter fünf belegt waren, musste auf dieser Ebene fast gänzlich auf konventionelle Auswertungstechniken zum quantitativen Gruppenvergleich verzichtet werden. Die dargestellten Ergebnisse sind als *Hinweise* auf Unterschiede zwischen den verschiedenen Teilpopulationen bezüglich inhaltlicher Schwerpunkte der Bereichsnennungen zu verstehen. Ähnliches gilt für die Vergleiche zur Übereinstimmung der individuellen Nennungen mit den Beispielen aus der Anregungsliste/Instruktion. Mit einer größeren Zahl von Teilnehmern wäre es beispielsweise möglich, genauer nachzuvollziehen, welche differentiellen Merkmale als Prädiktoren einer besonders starken Anlehnung des individuellen Kategoriensystems an die Vorgaben angesehen werden können.

Ganz allgemein gilt für die qualitative Auswertung der Bereichsnennungen die Einschränkung, welcher jedwede Kategorisierung von Texten unterliegt: Die Zuordnung der Inhalte zu den Kategorien des Systems bzw. die aus den Daten generierten Kategorien sind teilweise ambivalent. So sind u. a. andere Klassenbezeichnungen denkbar und einige Äußerungen hätten inhaltlich mehreren verschiedenen Klassen zugeordnet werden können. Abhängig von der gewählten Abstraktionsebene der Kategorien können Klassengrößen sehr unterschiedlich ausfallen. Diese Umstände sind ein der deduktiven wie induktiven Kategorisierung inhärentes Problem, wenn es um die Systematisierung verbal vermittelter Inhalte geht (Flick, 2002; Mayring, 2003). Da die qualitativ-inhaltliche Auswertung jedoch nur ein sekundäres Ziel dieser Arbeit war, wurde dieser Umstand in Kauf genommen. Im Idealfall sollten, wie in der qualitativen Vorstudie zur Entwicklung des FLQM (Studie 1), zwei unabhängige Kodierer die Kategorisierungen vornehmen und Konsens bezüglich der Zuordnungen von Nennungen zu Kategorien erlangen. In Studie 2 wurde aufgrund des Pilotcharakters der Untersuchung auf dieses sehr viel aufwändigere Vorgehen verzichtet. Zukünftige inhaltliche Analysen der Bereichsnennungen sollten jedoch auf Urteilen mehrerer Kodierer fußen, um die Reliabilität der Klassifikation zu erhöhen.

#### **4.7 Zusammenfassung und abschließende Bewertung**

In dieser Forschungsarbeit wurde theoriebasiert ein Fragebogen zur Lebensqualität älterer, multimorbider Menschen (FLQM) entwickelt. Die Operationalisierung von „Lebensqualität“ im FLQM lehnt sich an das Modell der Lebenszufriedenheit von

Campbell et al. (1976) an – für die eigene Lebensqualität bedeutsame Bereiche werden von den Befragten selbst generiert, bewertet und gewichtet. Ähnliche, wenngleich nicht explizit theoriebasierte Ansätze wurden in den letzten Jahren z. B. von Ruta et al. (1994) oder Joyce et al. (2003) entwickelt. Obwohl sie mehr oder weniger erfolgreich bei jüngeren Patienten eingesetzt werden können, sind diese Ansätze aus verschiedenen Gründen zur Erfassung der Lebensqualität älterer Menschen mit multiplem Krankheitsgeschehen verwendet wenig geeignet: Sie sind eher defizitorientiert, bereiten vielen älteren Menschen Verständnisprobleme und die Bewertung und Gewichtung der individuell generierten Lebensbereiche ist sehr komplex und unübersichtlich. Zudem sind die Verfahren sehr zeitaufwändig. Eine Weiterentwicklung des „individualisierten“ Ansatzes für ältere, multimorbide Menschen scheint also geboten.

Multimorbide ältere Menschen sind hinsichtlich ihrer internalen kognitiven und affektiven Prozesse per se keine Sonderklasse Älterer: Ein Erhebungsinstrument für multimorbide Menschen sollte genauso valide für jüngere oder nicht mehrfach erkrankte Personen sein. Multimorbide Ältere bzw. für sie konstruierte Messinstrumente, wie der FLQM, sind gewissermaßen „Teilmengen“ der Population älterer Menschen bzw. altersspezifischer Erhebungsinstrumente. Diese Relation impliziert jedoch gleichzeitig, dass nicht automatisch jedes Messinstrument für ältere Menschen auch für diese besondere Population geeignet sein muss. Ihre Merkmale sind eine große Heterogenität von Symptom- und Krankheitsmustern und dementsprechend eine große Variationsbreite individueller Grenzen und Möglichkeiten der Lebensgestaltung. Diese „geballte Vielfalt“ hebt die Teilpopulation Multimorbider aus der Gesamtheit älterer Menschen hervor. Sie sollte reflektiert werden in einer heterogenen Erhebungsmethodik, welche die vielfältigen Lebensweisen und –welten dieser Menschen angemessen spiegeln kann. Vor diesem Hintergrund wurde der FLQM als individualisierter Fragebogen zur Lebensqualität multimorbider älterer Menschen entwickelt.

Die im Rahmen einer explorativen Konstruktvalidierung gefundenen Zusammenhänge mit parallel zum FLQM erhobenen Fragebögen zeigen die erwarteten Richtungen, fast ausnahmslos mit der theoretisch zu vermutenden Stärke. Da der FLQM sehr eng an ein Prozessmodell zur globalen Lebenszufriedenheit angelehnt ist, verwundert es nicht, dass der engste Zusammenhang zwischen dem FLQM und einer Frage zur allgemeinen Lebenszufriedenheit besteht. Hohe und mittlere Zusammenhänge mit globaler Lebenszufriedenheit, allgemeinem subjektiven Wohlbefinden und positivem Affekt weisen

auf die Gültigkeit der mit dem FLQM gewonnen Daten hin. Den Beziehungen des FLQM zu *state*- und *trait*-Aspekten des affektiven Erlebens sollte jedoch nachgegangen werden, um eine Konfundierung mit aktuellem positivem Affekt ausschließen zu können. Es zeigte sich keine systematische Abhängigkeit der Messwerte von externen Variablen wie Alter, Geschlecht oder Bildungsstand. Auch die Anzahl der selbst berichteten Erkrankungen als Index der Krankheitsbelastung ging nicht mit einer schlechteren subjektiven Lebensqualität einher, jedoch spielt die subjektive Gesundheits- und Funktionseinschätzung anscheinend eine stärkere Rolle für die subjektive Lebenszufriedenheit als ursprünglich angenommen. Die Ergebnisse der Konstruktvalidierung ermutigen dazu, den Fragebogen FLQM weiter zu verfeinern und an einer größeren Stichprobe multimorbider älterer Menschen endgültig zu validieren.

Der Fragebogen besitzt maximale Inhaltsvalidität, da die Befragten selbst das Konstrukt explizieren, welches Inhalt des Fragebogens ist. Dadurch wird gewährleistet, dass ausschließlich Items im Fragebogen verwendet werden, die tatsächlich der subjektiven Konstruktion von „Lebensqualität“ entsprechen. Diese sehr starke Annahme setzt voraus, dass die Befragten die Instruktion – und damit die Intention – des FLQM korrekt interpretieren. Andernfalls entstünden schwer kalkulierbare Verzerrungen des Antwortverhaltens. Bei der Konstruktion des FLQM wurde daher besonderer Wert auf eine sorgfältige und präzise Frageformulierung gelegt. Zudem wurde etwa der Hälfte der Teilnehmer ein Fragebogen zum inhaltlichen Verständnis des FLQM und zur Akzeptanz des Fragebogenformats vorgelegt. Die Ergebnisse dieser Befragung sind ebenfalls positiv in Hinblick auf die Verwendbarkeit des FLQM bei älteren, multimorbiden Menschen zu interpretieren. Die Teilnehmer attestieren eine gute Verständlichkeit der Instruktionen und äußern sich positiv über das gewählte Darbietungsformat und die verwendeten Antwortformate.

Sowohl aus Sicht der Teilnehmer als auch von der Konzeption des FLQM kommt der Fragebogen nicht für eine Verwendung bei Personen mit kognitiven Einschränkungen in Frage. Eine Adaption des FLQM für Personen mit *beginnenden* kognitiven Beeinträchtigungen ist denkbar, müsste jedoch in noch stärkerem Maße auf ihre Verständlichkeit und Validität überprüft werden als die derzeitige Version des Fragebogens.

Im Rahmen des FLQM werden über die individuelle Generierung von bedeutsamen Lebensbereichen inhaltliche Informationen zur subjektiven Konstruktion von

„Lebensqualität“ gewonnen. Während in der Stichprobe keine wesentlichen Differenzen zwischen den Geschlechtern beobachtet werden konnten, unterschieden sich alte (80 Jahre und älter) und junge Alte (65-79 Jahre) in der Reichhaltigkeit der Bereichsnennungen. Ältere Menschen nannten nicht nur im Schnitt weniger bedeutsame Bereiche, sondern auch ein eingeschränktes Spektrum von Bereichskategorien mit einer größeren Häufigkeit. Dies deutet auf eine Verengung der Bandbreite zufriedenheitsstiftender Lebensbereiche im höheren Alter hin. Gleichzeitig berichteten die älteren Teilnehmer jedoch keine geringere Lebensqualität (gemessen mit dem FLQM) oder globale Lebenszufriedenheit. Unabhängig davon schätzten die Teilnehmer insgesamt ihre körperliche und funktionelle Gesundheit unterdurchschnittlich schlecht ein. Diese Befunde können im Lichte des SOK-Modells erfolgreichen Alterns von Baltes und Baltes (1990a) oder des Prozessmodells der Anpassung im Alter von Brandtstädter (Brandtstädter & Greve, 1994b) erklärt werden. Es ist möglich auch „objektiv“ widrige Umstände, wie schlechte Gesundheit, körperliche Einschränkungen oder soziale Isolation zu kompensieren, indem eine Anpassung der individuellen Ziele, Werte und Standards vorgenommen wird. Diese oft unbewusst ablaufenden Prozesse der Adaptation des alternden Selbst greifen nach den Ergebnissen dieser Studie anscheinend auch in der objektiv stark benachteiligten Gruppe mehrfach körperlich erkrankter älterer Menschen bis ins hohe Alter. Da es nicht primärer Inhalt dieser Studie war, einer solchen Fragestellung nachzugehen, wäre es wünschenswert, eine weitere, systematische Studie der individuellen Entwicklung der subjektiven *inhaltlichen* Konstruktion von Lebensqualität anzusetzen. Möglicherweise gelingt es so, sich der Auflösung des „Zufriedenheitsparadox“ inhaltlich anzunähern.

Sowohl Ansatzpunkte für Interventionen als auch die Evaluation deren Nutzen müssen die Perspektive der Betroffenen eng mit einbeziehen, um eine patientenzentrierte Optimierung der Situation multimorbider älterer Menschen zu ermöglichen. Dabei darf der Fokus nicht einseitig auf einer verallgemeinerten oder normorientierten Qualität der Bedingungen und Fähigkeiten liegen. Vielmehr sollte die Qualität des Erlebens gerade bei objektiv stark benachteiligten Personen in den Vordergrund treten, um auf individueller therapeutischer, pflegerischer und psychosozialer Ebene die Förderung und den Erhalt von Lebensqualität und Wohlbefinden zu unterstützen. Auch diesem Personenkreis mit einem deutlichen Übergewicht der „Verluste“ über die „Gewinne“ scheint, gemessen am subjektiven Wohlbefinden und der subjektiven Lebensqualität, noch ein „erfolgreiches Altern“ möglich zu sein.

**V LITERATURVERZEICHNIS**

- Addington-Hall, J. & Kalra, L. (2001). Who should measure quality of life? *British Medical Journal*, 322, 1417-1420.
- Ahmed, S., Mayo, N. E., Wood-Dauphinee, S., Hanley, J. A. & Cohen, S. R. (2005a). The structural equation modelling technique did not show a response shift, contrary to the results of the then test and the individualized approaches. *Journal of Clinical Epidemiology*, 58, 1125-1133.
- Ahmed, S., Mayo, N. E., Wood-Dauphinee, S., Hanley, J. A. & Cohen, S. R. (2005b). Using the Patient Generated Index to evaluate response shift post-stroke. *Quality of Life Research*, 14, 2247-2257.
- Ahnis, A. (2005). Inkontinenz, Scham, Ekel - sprechen wir darüber?! In A. Kuhlmeier, H. P. Rosemeier & M. Rauchfuß (Hrsg.), *Tabus in Medizin und Pflege* (S. 115-133). Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Andersen, E. M., Gravitt, G. W., Aydelotte, M. E. & Podgorski, C. A. (1999). Limitations of the SF-36 in a sample of nursing home residents. *Age and Ageing*, 28, 562-566.
- Anderson, J. R. (2001). *Kognitive Psychologie*. Heidelberg: Spektrum
- Andrews, F. M. & Withey, S. B. (1974). Developing measures of perceived life quality: results from several national surveys. *Social Indicators Research*, 1, 1-26.
- Anonym (1966). Medicine and quality of life. *Annals of Internal Medicine*, 64, 711
- Anonym (2006). Freude oder Frust? *Bleibgesund Plus*, 47, 11.
- Anschütz, F. (1991). Altersphysiologische Veränderungen der Organe. *Zeitschrift für die gesamte Innere Medizin*, 46, 451-460.
- Baltes, M. M. (1995). Verlust der Selbständigkeit im Alter: Theoretische Überlegungen und empirische Befunde. *Psychologische Rundschau*, 46, 159-170.
- Baltes, M. M. (1998). The psychology of the oldest-old: the fourth age. *Current Opinion in Psychiatry*, 11, 411-415.
- Baltes, M. M. & Carstensen, L. L. (1996). Gutes Leben im Alter: Überlegungen zu einem prozeßorientierten Metamodell erfolgreichen Alterns. *Psychologische Rundschau*, 47, 199-215.
- Baltes, M. M., Kohli, M. & Sames, K. (Hrsg.) (1989). *Erfolgreiches Altern*. Bern: Huber.
- Baltes, M. M. & Lang, F. R. (1997). Everyday functioning and successful aging: the impact of resources. *Psychology and Aging*, 12, 433-443.
- Baltes, M. M., Maas, I., Wilms, H.-U. & Borchelt, M. (1996). Alltagskompetenz im Alter: Theoretische Überlegungen und empirische Befunde. In K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (S. 525-542). Berlin: Akademie Verlag.
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny. *American Psychologist*, 52, 366-380.
- Baltes, P. B. (1993). The aging mind: potential and limits. *Gerontologist*, 33, 580-594.



- Baltes, P. B. (1990). Entwicklungspsychologie der Lebensspanne: Theoretische Leitsätze. *Psychologische Rundschau*, 41, 1-24.
- Baltes, P. B. & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: from successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49, 123-135.
- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1990a). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Hrsg.), *Successful aging. Perspectives from the behavioral sciences* (S. 1-34). Cambridge: University Press.
- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (Hrsg.) (1990b). *Successful aging. Perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: University Press.
- Bäckman, L., Small, B. J., Wahlin, A. & Larsson, M. (2000). Cognitive functioning in very old age. In F.I.M.Craik & T. A. Salthouse (Eds.), *The handbook of aging and cognition* (2nd ed., S. 499-558). Hilldale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Beaumont, J. G. & Kenealy, P. M. (2004). Quality of life perceptions and social comparisons in healthy old age. *Ageing & Society*, 24, 755-769.
- Becker, P. (1997). Prävention und Gesundheitsförderung. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 517-534). Göttingen: Hogrefe.
- Bengel, J. & Belz-Merk, M. (1997). Subjektive Gesundheitsvorstellungen. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 23-41). Göttingen: Hogrefe.
- Bergner, M., Bobbitt, R. A., Carter, W. B. & Gilson, B. S. (1981). The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. *Medical Care*, 19, 787-805.
- Bernhard, J., Lowy, A., Mathys, N., Herrmann, R. & Hürny, C. (2004). Health related quality of life: a changing construct? *Quality of Life Research*, 13, 1187-1197.
- Böhmer, F. (2003). Medizinische Besonderheiten beim älteren Patienten. In R. Neck (Hrsg.), *Altern und Alterssicherung aus wissenschaftlicher Sicht* (S. 47-57). Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Böhmer, F. (2000). Multimorbidität. In I. Füsgen (Hrsg.), *Der ältere Patient. Problemorientierte Diagnostik und Therapie* (S. 63-69). München: Urban und Fischer.
- Borchelt, M. (2005). Persönliche Mitteilung.
- Borchelt, M., Gilberg, R., Horgas, A. L. & Geiselman, B. (1996). Zur Bedeutung von Krankheit und Behinderung im Alter. In K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (S. 449-474). Berlin: Akademie Verlag.
- Borglin, G., Edberg, A.-K. & Hallberg, I. R. (2005). The experience of quality of life among older people. *Journal of Aging Studies*, 19, 201-220.
- Borkenau, P. & Ostendorf, F. (1993). *NEO-Fünf-Faktoren Inventar (NEO-FFI) nach Costa und McCrae. Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Bortz, J. (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- Bortz, J. & Döring, N. (2003). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.

- Bosma, H., van Boxtel, M. P. J., Ponds, R. W. H. M., Houx, P. J. H. & Jolles, J. (2003). Education and age-related cognitive decline: the contribution of mental workload. *Educational Gerontology, 29*, 165-173.
- 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. (1996). The effects of illness on quality of life: findings from a survey of households in Great Britain. *Journal of Epidemiology and Community Health, 50*, 149-155.
- Bowling, A., Banister, D., Sutton, S., Evans, O. & Windsor, J. (2002). A multidimensional model of the quality of life in older age. *Aging and Mental Health, 6*, 355-371.
- Bowling, A., Gabriel, Z., Dykes, J., Dowding, L. M., Evans, O., Fleissig, A. et al. (2003). 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.
- Bowling, A. (2005). Just one question: If one question works, why ask several? *Journal of Epidemiology and Community Health, 59*, 342-345.
- Bowling, A. & Dieppe, P. (2005). What is successful ageing and who should define it? *British Medical Journal, 331*, 1548-1551.
- Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.
- Bradburn, N. M. & Caplovitz, D. (1965). *Reports on happiness: a pilot study of behavior related to mental health*. Chicago: Aldine.
- Brandtstädter, J. (2002). Searching for paths to successful development and aging: integrating developmental and action-theoretical perspectives. In L. Pulkkinen & A. Caspi (Hrsg.), *Paths to successful development. Personality in the life course* (S. 380-409). Cambridge: University Press.
- Brandtstädter, J. & Baltes-Götz, B. (1990). Personal control over development and quality of life perspectives in adulthood. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Hrsg.), *Successful aging. Perspectives from the behavioral sciences* (S. 197-224). Cambridge: University Press.
- Brandtstädter, J. & Greve, W. (1994a). Explaining the resilience of the aging self: reply to Carstensen and Freund. *Developmental Review, 14*, 93-102.
- Brandtstädter, J. & Greve, W. (1994b). The aging self: stabilizing and protective processes. *Developmental Review, 14*, 52-80.
- Brandtstädter, J. & Greve, W. (1992). Das Selbst im Alter: adaptive und protektive Mechanismen. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, 24*, 269-297.
- Brandtstädter, J., Meiniger, C. & Gräser, H. (2003). Handlungs- und Sinnressourcen: Entwicklungsmuster und protektive Effekte. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, 35*, 49-58.
- Brandtstädter, J. & Rothermund, K. (2002). The life-course dynamics of goal pursuit and goal adjustment: a two-process framework. *Developmental Review, 22*, 117-150.

- Brandstädter, J. & Rothermund, K. (1994). Self-percepts of control in middle and later adulthood: buffering losses by rescaling goals. *Psychology and Aging*, 9, 265-273.
- Brazier, J. E., Walters, S. J., Nicholl, J. P. & Kohler, B. (1996). Using the SF-36 and Euroqol on an elderly population. *Quality of Life Research*, 5, 195-204.
- Brenner, M. H. (1995). Quality of life assessment in medicine: A historical view of basic science and applications. In I. Guggenmoos-Holzmann, K. Bloomfield, H. Brenner & U. Flick (Hrsg.), *Quality of life and health. Concepts, methods and applications* (S. 41-57). Berlin: Blackwell Wissenschafts-Verlag.
- Brickman, P. & Campbell, D. T. (1971). Hedonic relativism and planning the good society. In M. H. Appley (Hrsg.), *Adaptation-level theory. A symposium* (S. 287-302). New York: Academic Press.
- Brickman, P., Coates, D. & Janoff-Bulman, R. (1978). Lottery winners and accident victims: is happiness relative? *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 917-927.
- Brief, A. P., Butcher, A. H., George, J. M. & Link, K. E. (1993). Integrating bottom-up and top-down theories of subjective well-being: the case of health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 646-653.
- Browne, J. P., O'Boyle, C. A., McGee, H. M., Joyce, C. R., McDonald, N. J., O'Malley, K. et al. (1994). Individual quality of life in the healthy elderly. *Quality of Life Research*, 3, 235-244.
- Browne, J. P., O'Boyle, C. A., McGee, H. M., McDonald, N. J. & Joyce, C. R. (1997). Development of a direct weighting procedure for quality of life domains. *Quality of Life Research*, 6, 301-309.
- Bullinger, M. (2000). Lebensqualität - Aktueller Stand und neuere Entwicklungen der internationalen Lebensqualitätsforschung. In U. Ravens-Sieberer & A. Cieza (Hrsg.), *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin* (S. 13-24). Landsberg: ecomed.
- Bullinger, M. & Kirchberger, I. (1998). *SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Bulmahn, T. (1996). Determinanten des subjektiven Wohlbefindens. In W. Zapf & R. Habich (Hrsg.), *Wohlfahrtsentwicklung im vereinten Deutschland: Sozialstruktur, sozialer Wandel und Lebensqualität* (S. 79-96). Berlin: Edition Sigma.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2002). *Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen*. Berlin: BMFSFJ.
- Calman, K. C. (1984). Quality of life in cancer patients - an hypothesis. *Journal of Medical Ethics*, 10, 124-127.
- Campbell, A., Converse, P. & Rodgers, W. L. (1976). *The quality of American life: Perceptions, evaluations, and satisfactions*. New York: Russell Sage Foundation.
- Campbell, D. T. & Fiske, D. W. (1959). Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychological Bulletin*, 56, 81-105.
- Cantril, H. (1965). *The pattern of human concerns*. New Brunswick, NJ: Rutgers.

- Carr, A. J. & Higginson, I. J. (2001). Are quality of life measures patient centred? *British Medical Journal*, 322, 1357-1360.
- Carstensen, L. L. (1995). Evidence for a life-span theory of socioemotional selectivity. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 151-156.
- Carstensen, L. L., Fung, H. H. & Charles, S. T. (2003). Socioemotional selectivity theory and the regulation of emotion in the second half of life. *Motivation and Emotion*, 27, 103-123.
- 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.
- Clark, L. A. & Watson, D. (1991). General affective dispositions in physical and psychological health. In C. R. Snyder & D. R. Forsyth (Hrsg.), *Handbook of social and clinical psychology. The health perspective* (S. 221-245). New York: Pergamon Press.
- Costa, P. T. Jr. & McCrae, R. R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 668-678.
- Cumming, E. & Henry, W. E. (1961). *Growing old: the process of disengagement*. New York: Basic Books.
- de Groot, V., Beckerman, H., Lankhorst, G. J. & Bouter, L. M. (2003). How to measure comorbidity. A critical review of available methods. *Journal of Clinical Epidemiology*, 56, 221-229.
- Derry, S. J. (1996). Cognitive schema theory in the constructivist debate. *Educational Psychologist*, 31, 163-174.
- Diekmann, Andreas (2007). *Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendung*. Reinbeck: Rowohlt.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being. *American Psychologist*, 55, 34-43.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E. & Emmons, R. A. (1984). The independence of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 1105-1117.
- Diener, E. & Larsen, R. J. (1993). The experience of emotional well-being. In M. Lewis & J. M. Haviland (Hrsg.), *Handbook of emotion* (S. 405-415). New York: Guilford Press.
- Diener, E. & Lucas, R. E. (2000). Subjective emotional well-being. In M. Lewis & J. M. Haviland (Hrsg.), *Handbook of emotions* (S. 325-337). New York: Guilford.
- Diener, E. & Lucas, R. E. (1999). Personality and subjective well-being. In D. Kahnemann & E. Diener (Hrsg.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (S. 213-229). New York: Russel Sage Foundation.
- Diener, E. & Suh, E. (1997a). Measuring quality of life: economic, social, and subjective indicators. *Social Indicators Research*, 40, 189-216.
- Diener, E. & Suh, E. (1997b). Subjective well-being and age: an international analysis. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 17, 304-324.

- Diener, E., Suh, E., Lucas, R. E. & Smith, H. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Dijkers, M. (1999). Measuring quality of life: methodological issues. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 78, 286-300.
- Ding-Greiner, C. & Lang, E. (2004). Alternsprozesse und Krankheitsprozesse - Grundlagen. In A. Kruse & M. Martin (Hrsg.), *Enzyklopädie der Gerontologie. Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht* (S. 182-206). Bern: Hans Huber.
- Ebner, N. C., Freund, A. M. & Baltes, P. B. (2006). Developmental changes in personal goal orientation from young to late adulthood: from striving for gains to maintenance and prevention of losses. *Psychology and Aging*, 21, 664-678.
- Fahrenberg, J., Mytek, M., Schumacher, J. & Brähler, E. (2000). *Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ)*. Göttingen: Hogrefe.
- 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.
- Fava, G. A. (1990). Methodological and conceptual issues in research on quality of life. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 54, 70-76.
- Fay, F. (2001). *International handbook of personal construct psychology*. New York: Wiley.
- Felce, D. & Perry, J. (1997). Quality of life: the scope of the term and the breadth of measurement. In R. I. Brown (Hrsg.), *Quality of life for people with disabilities. Models, research and practice* (2nd ed., S. 56-71). Cheltenham: Stanley Thornes.
- Feist, G. J., Bodner, T. E., Jacobs, J. F., Miles, M. & Tan, V. (1995). Integrating top-down and bottom-up-structural models of subjective well-being: a longitudinal investigation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 138-150.
- Ferring, D. & Philipp, S.-H. (1999). Soziale Netze im Alter: Selektivität in der Netzwerkgestaltung, wahrgenommene Qualität der Sozialbeziehungen und Affekt. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 31, 127-137.
- Filipp, S.-H. & Aymanns, P. (1997). Subjektive Krankheitstheorien. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 3-21). Göttingen: Hogrefe.
- Filipp, S.-H. & Buch-Bartos, K. (1994). Vergleichsprozesse und Lebenszufriedenheit im Alter: Ergebnisse einer Pilotstudie. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 26, 22-34.
- Filipp, S.-H. & Ferring, D. (1998). Befindlichkeitsregulation durch temporale und soziale Vergleichsprozesse im Alter? *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 27, 93-97.
- Filipp, S.-H. & Mayer, A.-K. (2002). Gesundheitsbezogene Lebensqualität alter und hochbetagter Frauen und Männer. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), *Expertisen zum Vierten Altenbericht der Bundesregierung. Band 1: Das hohe Alter. Konzepte, Forschungsfelder, Lebensqualität* (S. 315-414). Hannover: Vincentz.
- Fischer, G., Junius-Walker, U., Aeffner, K.-H., Doering, T., Karst, M., Riesberg, A. et al. (2002). Hausärztliche Versorgung Hochaltriger und demenziell Erkrankter. In

- Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), *Expertisen zum Vierten Altenbericht der Bundesregierung. Band 3: Hochaltrigkeit und Demenz als Herausforderung an die Gesundheits- und Pflegeversorgung* (S. 5-179). Hannover: Vincentz.
- Fitzpatrick, R. (1999). Assessment of quality of life as an outcome: finding measurements that reflect individuals' priorities. *Quality in Health Care*, 8, 1-2.
- Fitzpatrick, R., Davey, C., Buxton, M. J. & Jones, D. R. (1998). Evaluating patient-based outcome measures for use in clinical trials. *Health Technology Assessment*, 2, i-74.
- Fitzsimmons, D., George, S., Payne, S. & Johnson, C. D. (1999). Differences in perception of quality of life issues between health professionals and patients with pancreatic cancer. *Psycho-Oncology*, 8, 135-143.
- Fleischmann, U. M. & Oswald, W. D. (2001). Diagnostik im Alter. In R.-D. Stieglitz, U. Baumann & H. J. Freyberger (Hrsg.), *Psychodiagnostik in klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie* (S. 301-314). Stuttgart: Thieme.
- Flick, U. (2002). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Reinbeck: Rowohlt.
- Flick, U. (1995). *Qualitative Forschung. Theorien, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften*. Hamburg: Rowohlt.
- Fliege, H. & Filipp, S.-H. (2000). Subjektive Theorien zu Glück und Lebensqualität - Ergebnisse explorativer Interviews mit 65- bis 74jährigen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 33, 307-313.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E. & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Fortin, M., Bravo, G., Hudon, C., Lapointe, L., Almirall, J., Dubois, M.-F. et al. (2006). Relationship between multimorbidity and health-related quality of life of patients in primary care. *Quality of Life Research*, 15, 83-91.
- Fortin, M., Lapointe, L., Hudon, C., Vanasse, A., Ntetu, A. L. & Maltais, D. (2004). Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2, 51-62.
- Franke, H. & Schramm, A. (1993). *Multimorbidität und Polypathie in der Praxis*. München: MMV Medizin Verlag.
- Freund, A. M. & Baltes, P. B. (1998). Selection, optimization, and compensation as strategies of life management: correlations with subjective indicators of successful aging. *Psychology and Aging*, 13, 531-543.
- Freund, A. M. & Smith, J. (1999). Content and function of the self-definition in old and very old age. *Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 54, P55-P67.
- Fuhrer, M. J. (2000). Subjectifying quality of life as a medical rehabilitation outcome. *Disability and Rehabilitation*, 22, 481-489.
- Füsgen, I. (2005). Harninkontinenz im Alter – State of the Art. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38, I/4-I/9.
- Garms-Homolova, V. & Gilgen, R. (2000). *RAI 2.0. Resident Assessment Instrument. Beurteilung, Dokumentation und Pflegeplanung in der Langzeitpflege und geriatrischen Rehabilitation*. Bern: Huber.

- Garratt, A., Schmidt, L., Mackintosh, A. & Fitzpatrick, R. (2002). Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *British Medical Journal*, 324, 1417
- Gauggel, S. & Birkner, B. (1999). Validität und Reliabilität einer deutschen Version der Geriatrischen Depressionsskala (GDS). *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 28, 18-27.
- Gerbershagen, H. U., Limm, H. & Cieza, A. (2000). Kopfschmerz. In U. Ravens-Sieberer & A. Cieza (Hrsg.), *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin. Konzepte - Methoden - Anwendungen* (S. 229-242). Landsberg: ecomed.
- Gerok, W. & Brandtstädter, J. (1995). Normales, krankhaftes und optimales Altern: Variations- und Modifikationsspielräume. In P. B. Baltes & J. Mittelstrass (Hrsg.), *Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung* (S. 356-385). Berlin: Walter de Gruyter.
- Gill, T. M. & Feinstein, A. R. (1994). A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *Journal of the American Medical Association*, 272, 619-626.
- Glatzer, W. & Zapf, W. (Hrsg.) (1984). *Lebensqualität in der Bundesrepublik: Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden*. Frankfurt am Main: Campus-Verlag.
- Gower, J. C. (1998). Similarity, dissimilarity, and distance measure. In P. Armitage & T. Colton (Hrsg.), *Encyclopedia of biostatistics* (S. 1097-4100). Chichester: Wiley.
- Grimby, A. & Svanborg, A. (1997). Morbidity and health-related quality of life among ambulant elderly citizens. *Aging: Clinical and Experimental Research*, 9, 356-364.
- Gunzelmann, T. & Oswald, W. D. (2005). *Gerontologische Diagnostik und Assessment*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Guyatt, G. H., Feeny, D. H. & Patrick, D. L. (1993). Measuring health-related quality of life. *Annals of Internal Medicine*, 118, 622-629.
- Guyatt, G. H., Townsend, M., Berman, L. B. & Keller, J. L. (1987). A comparison of Likert and visual analogue scales for measuring change in function. *Journal of Chronic Disorders*, 40, 1129-1133.
- Häfner, H. (1992). Psychiatrie des höheren Lebensalters. In P. B. Baltes & J. Mittelstrass (Hrsg.), *Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung* (S. 151-179). Berlin: Walter de Gruyter.
- Hansel, N. N., Wu, A. W., Chang, B. & Diette, G. B. (2004). Quality of life in tuberculosis: patient and provider perspectives. *Quality of Life Research*, 13, 639-652.
- Harris, J. R., Pedersen, N. L., Stacey, C., McClearn, G. E. & Nesselroade, J. R. (1992). Age differences in the etiology of the relationship between life-satisfaction and self-rated health. *Journal of Aging and Health*, 4, 349-368.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Keller, F. & Worall, H. (1995). *Beck-Depressions-Inventar (BDI)*. Göttingen: Hogrefe.
- Hayes, V., Morris, J., Wolfe, C. & Morgan, M. (1995). The SF-36 health survey questionnaire: is it suitable for use with older adults? *Age and Ageing*, 24, 120-125.
- Hayflick, L. (1998). How and why we age. *Experimental Gerontology*, 33, 639-653.

- Haywood, K. L., Garratt, A. M. & Fitzpatrick, R. (2005a). Older people specific health status and quality of life: a structured review of self-assessed instruments. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, *11*, 315-327.
- Haywood, K. L., Garratt, A. M. & Fitzpatrick, R. (2005b). Quality of life in older people: a structured review of generic self-assessed health instruments. *Quality of Life Research*, *14*, 1651-1668.
- Headey, B., Veenhoven, R. & Wearing, A. (1991). Top-down versus bottom-up theories of subjective well-being. *Social Indicators Research*, *24*, 81-100.
- Heckhausen, J. (1997). Developmental regulation across adulthood: primary and secondary control of age-related challenges. *Developmental Psychology*, *33*, 176-187.
- Heckhausen, J., Dixon, R. A. & Baltes, P. B. (1989). Gains and losses in development throughout adulthood as perceived by different adult age groups. *Developmental Psychology*, *25*, 109-121.
- Heckhausen, J. & Schulz, R. (1995). A life-span theory of control. *Psychological Review*, *102*, 284-304.
- Heinonen, H., Aro, A. R., Aalto, A.-M. & Uutela, A. (2005). Erratum. *Quality of Life Research*, *14*, 1793-1794.
- Heinonen, H., Aro, A. R., Aalto, A.-M. & Uutela, A. (2004). Is the evaluation of the global quality of life determined by emotional status? *Quality of Life Research*, *13*, 1347-1356.
- Helgeson, V. S. (1992). Moderators of the relation between perceived control and adjustment to chronic illness. *Journal of Personality and Social Psychology*, *63*, 656-666.
- Helmchen, H., Baltes, M. M., Geiselmann, B., Kanowski, S., Linden, M., Reischies, F. M. et al. (1996). Psychische Erkrankungen im Alter. In K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (S. 185-219). Berlin: Akademie Verlag.
- Hendry, F. & McVittie, C. (2004). Is quality of life a healthy concept? Measuring and understanding life experiences of older people. *Qualitative Health Research*, *14*, 961-975.
- Higginson, I. J. & Carr, A. J. (2001). Measuring quality of life: Using quality of life measures in the clinical setting. *British Medical Journal*, *322*, 1297-1300.
- Hill, S., Harries, U. & Popay, J. (1996). Is the short form 36 (SF-36) suitable for routine health outcomes assessment in health care for older people? Evidence from preliminary work in community based health services in England. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *50*, 94-98.
- Hirsch, R. D. (2005, Februar). *Substitution ethischer durch technisch-formale Verantwortung*. Vortrag auf der 7. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und –psychotherapie, Frankfurt am Main.
- Holzhausen, M., Bornschlegel, U. & Mischker, A. (2006). Multimorbidität im Alter. *Geriatric Journal*, *8*, 42-45.
- Horton, R. (2002). Differences in assessment of symptoms and quality of life between patients with advanced cancer and their specialist palliative care nurses in a home care setting. *Palliative Medicine*, *16*, 488-494.



- Hunt, S. M. (1997). The problem of quality of life. *Quality of Life Research*, 6, 205-212.
- Hunt, S. M., McEwen, J. & McKenna, S. P. (1985). Measuring health status: a new tool for clinicians and epidemiologists. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 35, 185-188.
- Idler, E. L. (1993). Age differences in self-assessments of health: age changes, cohort differences, or survivorship? *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 48, S289-S300.
- Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg & Sektion Gerontopsychiatrie an der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg (Hrsg.) (2004). *1. Zwischenbericht: Projekt "Identifizierung bzw. Entwicklung von Instrumenten zur Erfassung von Lebensqualität gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen in stationären Einrichtungen der Altenhilfe". H.I.L.D.E. (Heidelberger Instrument zur Lebensqualität Demenzkranker)*.
- Isaakowitz, D. M. & Smith, J. (2003). Positive and negative affect in very old age. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 58B, P143-P152.
- Jankowicz, A. D. (1987). Whatever became of George Kelly? Applications and implications. *American Psychologist*, 42, 481-487.
- Jerusalem, M. (1997). Grenzen der Bewältigung. In C. Tesch-Römer, C. Salewski & G. Schwarz (Hrsg.), *Psychologie der Bewältigung* (S. 261-271). Weinheim: BeltzPVU.
- Joyce, C. R., Hickey, A., McGee, H. M. & O'Boyle, C. A. (2003). A theory-based method for the evaluation of individual quality of life: the SEIQoL. *Quality of Life Research*, 12, 275-280.
- Joyce, C. R. B. (1991). Entwicklung der Lebensqualität in der Medizin. *Aktuelle Onkologie*, 63, 11-22.
- Kage, A., Nitschke, I., Fimmel, S. & Köttgen, E. (1996). Referenzwerte im Alter: Beeinflussung durch Alter, Medikation und Morbidität. In K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (S. 405-427). Berlin: Akademie Verlag.
- Kahn, R. L. (2002). On "Successful aging and well-being: self-rated compared with Rowe and Kahn". *The Gerontologist*, 42, 725-726.
- Kahnemann, E., Diener, E. & Schwarz, N. (Hrsg.) (1999). *Well-being: The foundations of hedonic psychology*. New York: Russel Sage.
- Kaplan, R. M. (2003). The significance of quality of life in health care. *Quality of Life Research*, 12 Suppl 1, 3-16.
- Kastrup, M. & Mezzich, J. E. (2001). Quality of life: a dimension in multiaxial classification. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251, II32-II37.
- Katz, J. N., Chang, L. C., Sangha, O., Fossel, A. H. & Bates, D. W. (1996). Can comorbidity be measured by questionnaire rather than medical record review? *Medical Care*, 34, 73-84.
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A. & Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and

- psychosocial functioning. *Journal of the American Medical Association*, 185, 914-919.
- Kelly, G. A. (1991). *The psychology of personal constructs. Vol. 1. A theory of personality*. London: Routledge. (Originalarbeit publiziert 1955)
- Kessler, J., Folstein, S. E. & Denzler, P. (1990). *MMST. Mini-Mental-Status-Test. Deutschsprachige Fassung (Handanweisung)*. Weinheim: Beltz.
- Kilian, R., Matschinger, H. & Angermeyer, M. C. (2001). The impact of chronic illness on subjective quality of life: a comparison between general population and hospital inpatients with somatic and psychiatric disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8, 206-213.
- Krohne, H. W., Egloff, B., Kohlmann, C.-W. & Tausch, A. (1996). Untersuchungen mit einer deutschen Version der "Positive and Negative Affect Schedule" (PANAS). *Diagnostica*, 42, 139-156.
- Kruse, A. (2004). Lebensqualität bei Demenzerkrankungen - eine theoretisch-konzeptuelle Analyse. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 37, I/38
- Kruse, A. (1992a). Multimorbidität und Polypathie: Analyse des subjektiven Gesundheitszustandes und Vorschläge für ein erweitertes Verständnis der Gesundheit im Alter. In R. D. Hirsch, J. Bruder, H. Radebold & H. K. Schneider (Hrsg.), *Multimorbidität im Alter. Herausforderung für die Psychotherapie* (S. 62-74). Bern: Huber.
- Kruse, A. (1992b). Psychologische Aspekte der Multimorbidität. In R. D. Hirsch, J. Bruder, H. Radebold & H. K. Schneider (Hrsg.), *Multimorbidität im Alter. Herausforderung für die Psychotherapie* (S. 26-35). Bern: Huber.
- Kruse, A. & Schmitt, E. (2002). Gesundheit und Krankheit im hohen Alter. In K. Hurrelmann & P. Kolip (Hrsg.), *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich* (S. 206-222). Bern: Huber.
- Kruse, A. & Wahl, H.-W. (1999). III. Soziale Beziehungen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 32, 333-347.
- Kunzmann, U., Little, T. & Smith, J. (2002). Perceiving control: a double-edged sword in old age. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 57B, P484-P491.
- Lance, C. E., Lautenschlager, G. J., Sloan, C. E. & Varca, P. E. (1989). A comparison between bottom-up, top-down, and bidirectional models of relationships between global and life facet satisfaction. *Journal of Personality*, 57, 601-624.
- Lance, C. E., Mallard, A. G. C. & Michalos, A. C. (1995). Tests of the causal directions of global-life facet satisfaction relationship. *Social Indicators Research*, 24, 69-92.
- LaRue, A., Bank, L., Jarvik, L. & Hetland, M. (1979). Health in old age: how do physicians' ratings and self-ratings compare? *Journal of Gerontology*, 34, 687-691.
- Lauver, D. & Knapp, T. R. (1993). Sum-of-products variables: a methodological critique. *Research in Nursing and Health*, 16, 385-391.
- Lawton, M. P. (2001). Emotion in later life. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 120-123.
- Lawton, M. P. (1994). Quality of life in Alzheimer disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 8, 138-150.

- 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. & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9, 179-186.
- Lawton, M. P., Kleban, M. H., Dean, J., Rajagopal, D. & Parmelee, P. A. (1992a). The factorial generality of brief positive and negative affect measures. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 47, 228-237.
- Lawton, M. P., Kleban, M. H., Rajagopal, D. & Dean, J. (1992b). Dimensions of affective experience in three age groups. *Psychology and Aging*, 7, 171-184.
- Lawton, M. P. & Lawrence, R. H. (1994). Assessing health. In M. P. Lawton (Hrsg.), *Annual review of gerontology and geriatrics, Vol. 14. Focus on assessment techniques* (S. 23-56). New York: Springer.
- Lehr, U. (1987). Subjektiver und objektiver Gesundheitszustand im Lichte von Längsschnittstudien. In U. Lehr & H. Thomae (Hrsg.), *Formen seelischen Alterns. Ergebnisse der Bonner Gerontologischen Längsschnittstudie (BOLS)* (S. 153-159). Stuttgart: Enke.
- Lehr, U. & Thomae, H. (Hrsg.) (1987). *Formen seelischen Alterns. Ergebnisse der Bonner Gerontologischen Längsschnittstudie (BOLSA)*. Stuttgart: Enke.
- Leonardi, F., Spazzafumo, L., Marcellini, F. & Gagliardi, C. (1999). The top-down/bottom-up controversy from a constructionist approach. A method for measuring top-down effects applied to a sample of older people. *Social Indicators Research*, 48, 187-216.
- Leplege, A. & Hunt, S. (1997). The problem of quality of life in medicine. *Journal of the American Medical Association*, 278, 47-50.
- Leventhal, H. & Colman, S. (1997). Quality of life: a process view. *Psychology and Health*, 12, 753-767.
- Lienert, G. A. & Raatz, U. (1998). *Testaufbau und Testanalyse*. Weinheim: BeltzPVU.
- Lindenberger, U. (2000). Anwendungsorientierte Interpretation zentraler Befunde kognitiver Forschung. In H.-W. Wahl & C. Tesch-Römer (Hrsg.), *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen* (S. 83-89). Stuttgart: Kohlhammer.
- Lomas, J., Pickard, L. & Mohide, A. (1987). Patient versus clinician item generation for quality-of-life measures. The case of language-disabled adults. *Medical Care*, 25, 764-769.
- Lucas, R. E., Diener, E. & Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 616-628.
- Macduff, C. (2000). Respondent-generated quality of life measures: useful tools for nursing or more fool's gold? *Journal of Advanced Nursing*, 32, 375-382.

- Macduff, C. & Russell, E. (1998). The problem of measuring change in individual health-related quality of life by postal questionnaire: use of the patient-generated index in a disabled population. *Quality of Life Research*, 7, 761-769.
- Maddox, G. L. (1987). Aging differently. *Gerontologist*, 27, 557-564.
- Magai, C. (2001). Emotions over the life span. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Hrsg.), *Handbook of the psychology of aging* (S. 399-426). San Diego: Academic Press.
- Magnus, K., Diener, E., Fujita, F. & Pavot, W. (1993). Extroversion and Neuroticism as predictors of objective life events - a longitudinal analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1046-1053.
- Mahoney, F. I. & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland Medical Journal*, 14, 61-65.
- Mallard, A. G. C., Lance, C. E. & Michalos, A. (1997). Culture as moderator of overall life satisfaction - life facet satisfaction relationships. *Social Indicators Research*, 40, 259-284.
- Mallinson, S. (1998). The Short-Form 36 and older people: some problems encountered when using postal administration. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52, 324-328.
- Mallinson, S. (2002). Listening to respondents: a qualitative assessment of the Short-Form 36 Health Status Questionnaire. *Social Science and Medicine*, 54, 11-21.
- Maltoni, M., Pirovano, M., Scarpi, E., Marinari, M., Indelli, M., Arnoldi, E. et al. (1995). Prediction of survival of patients terminally ill with cancer. Results of an Italian prospective multicentric study. *Cancer*, 75, 2613-2622.
- Marsiske, M., Delius, J., Maas, I., Scherer, H. & Tesch-Römer, C. (1996). Sensorische Systeme im Alter. In K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (S. 379-403). Berlin: Akademie Verlag.
- Martin, P. (2003). Coping with multiple chronic health conditions. In L. W. Poon, S. H. Gueldner & B. M. Sprouse (Hrsg.), *Successful aging and adaptation with chronic disease* (S. 209-219). New York: Springer.
- Maturana, H. R. & Varela, F. J. (1987). *Der Baum der Erkenntnis. Die biologischen Wurzeln menschlichen Erkennens*. Bern: Scherz.
- Mayer, K. U. & Baltes, P. B. (Hrsg.) (1996). *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie Verlag.
- Mayer, K. U., Baltes, P. B., Gerok, W., Häfner, H., Helmchen, H., Kruse, A. et al. (1992). Gesellschaft, Politik und Altern. In P. B. Baltes & J. Mittelstrass (Hrsg.), *Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung* (S. 721-757). Berlin: Walter de Gruyter.
- Mayer, K. U. & Wagner, M. (1996). Lebenslagen und soziale Ungleichheit im hohen Alter. In K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (S. 251-275). Berlin: Akademie Verlag.
- Mayring, P. (2003). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz.
- McClearn, G. E. (1997). Biomarkers of age and aging. *Experimental Gerontology*, 32, 87-94.

- McCull, E., Meadows, K. & Barofsky, I. (2003). Cognitive aspects of survey methodology and quality of life assessment. *Quality of Life Research*, 12, 217-218.
- McCrae, R. R. & Costa, P. T. (2003). *Personality in adulthood: A Five-Factor Theory perspective*. New York: The Guilford Press.
- McCrae, R. R. & Costa, P. T. (1999). A Five-Factor theory of personality. In L. A. Pervin & O. P. John (Hrsg.), *Handbook of personality: Theory and research* (S. 139-153). New York: The Guilford Press.
- Mehlsen, M., Kirkegaard Thomsen, D., Viidik, A., Olesen, F. & Zachariae, R. (2005). Cognitive processes involved in the evaluation of life satisfaction: implications for well-being. *Aging & Mental Health*, 9, 281-290.
- Mellner, C. & Lundberg, U. (2003). Self- and physician-rated general health in relation to symptoms and diseases among women. *Psychology, Health & Medicine*, 8, 123-134.
- Menotti, A., Mulder, I., Nissinen, A., Giampaoli, S., Feskens, E. J. & Kromhout, D. (2001). Prevalence of morbidity and multimorbidity in elderly male populations and their impact on 10-year all-cause mortality: The FINE study (Finland, Italy, Netherlands, Elderly). *Journal of Clinical Epidemiology*, 54, 680-686.
- Michalos, A. (1985). Multiple Discrepancies Theory (MDT). *Social Indicators Research*, 16, 347-413.
- Michelson, H., Bolund, C. & Brandberg, Y. (2001). Multiple chronic health problems are negatively associated with health related quality of life (HRQoL) irrespective of age. *Quality of Life Research*, 9, 1093-1104.
- Montepare, J. M. & Clements, A. E. (2001). "Age schemas": guides to processing information about the self. *Journal of Adult Development*, 8, 99-108.
- Moons, P. (2004). Why call it health-related quality of life when you mean perceived health status? *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 3, 275-277.
- Moreland, J. D., Richardson, J. A., Goldsmith, C. H. & Clase, C. M. (2004). Muscle weakness and falls in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, 1121-1129.
- 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.
- Mroczek, D. K. & Kolarz, C. M. (1998). The effect of age on positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 1333-1349.
- Mroczek, D. K. & Spiro, A. (2005). Change in life satisfaction during adulthood: findings from the Veterans Affairs Normative Aging Study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88, 189-202.
- Myers, D. G. & Diener, E. (1995). Who is happy? *Psychological Science*, 6, 10-19.
- Naegele, G. (1998). Lebenslage älterer Menschen. In A. Kruse (Hrsg.), *Psychosoziale Gerontologie. Band 1: Grundlagen* (S. 106-128). Göttingen: Hogrefe.
- Neugarten, B. L. (1979). The future and the young-old. In A. Monk (Hrsg.), *The age of aging: A reader in social gerontology* (S. 344-355). Buffalo, NY: Prometheus Books.

- Noll, H.-H. & Schöb, A. (2002). Lebensqualität im Alter. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), *Expertisen zum vierten Altenbericht der Bundesregierung. Band I: Das hohe Alter. Konzepte, Forschungsfelder, Lebensqualität.* (S. 229-313). Hannover: Vincentz.
- Nybo, H., Gaist, D., Jeune, B., McGue, M., Vaupel, J. W. & Christensen, K. (2001). Functional status and self-rated health in 2,262 nonagenarians: the Danish 1905 Cohort Survey. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49, 601-609.
- O'Boyle, C. A. (1997). Measuring the quality of later life. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London, Series B: Biology*, 352, 1871-1879.
- O'Boyle, C. A. & Waldron, D. (1997). Quality of life issues in palliative medicine. *Journal of Neurology*, 244 Suppl 4, S18-S25.
- Oishi, S. & Diener, E. (2001). Re-examining the general positivity model of subjective well-being: the discrepancy between specific and global domain satisfaction. *Journal of Personality*, 69, 641-666.
- Olthuis, G. & Dekkers, W. (2005). Quality of life considered as well-being: views from philosophy and palliative care practice. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 26, 307-337.
- Paci, E., Miccinesi, G., Toscani, F., Tamburini, M., Brunelli, C., Constantini, M. et al. (2001). Quality of life assessment and outcome of palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 21, 179-188.
- Patel, K. K., Veenstra, D. L. & Patrick, D. L. (2003). A review of selected patient-generated outcome measures and their application in clinical trials. *Value in Health*, 6, 595-603.
- Pavot, W. & Diener, E. (1993a). The affective and cognitive context of self-reported measures of subjective well-being. *Social Indicators Research*, 28, 1-20.
- Pavot, W. & Diener, E. (1993b). Review of Satisfaction With Life Scale. *Psychological Assessment*, 5, 164-172.
- Pavot, W., Diener, E., Randall, C. C. & Sandvik, E. (1991). Further validation of the Satisfaction With Life Scale: evidence for the cross-method convergence of well-being measures. *Journal of Personality Assessment*, 57, 149-161.
- Pearlman, R. A. & Uhlmann, R. F. (1988). Quality of life in chronic diseases: perceptions of elderly patients. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 43, M25-M30.
- Pendergast, D. R., Fisher, N. M. & Calkins, E. (1993). Cardiovascular, neuromuscular, and metabolic alterations with age leading to frailty. *Journals of Gerontology*, 48 (Special Issue), 61-67.
- Perls, T. T. (1995). The oldest old. *Scientific American*, 272, 70-75.
- Pick, P., Brüggemann, J., Grote, C., Grünhagen, E. & Lampert, T. (2004). *Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Pflege.* Berlin
- Pinquart, M. (2001). Correlates of subjective health in older adults: a meta-analysis. *Psychology and Aging*, 16, 414-426.
- Poon, L. W., Basford, L., Dowzer, C. & Booth, A. (2003). Coping with comorbidity. In L. W. Poon, S. H. Gueldner & B. M. Sprouse (Hrsg.), *Successful aging and adaptation with chronic disease* (S. 116-150). New York: Springer.

- Poon, L. W., Gueldner, S. H. & Sprouse, B. M. (Hrsg.) (2003). *Successful aging and adaptation with chronic disease*. New York: Springer.
- Poulin, M., Haase, C. M. & Heckhausen, J. (2005). Engagement and disengagement across life span: an analysis of two-process models of developmental regulation. In W. Greve, K. Rothermund & D. Wentura (Hrsg.), *The adaptive self. Personal continuity and intentional self-development* (S. 117-135). Göttingen: Hogrefe.
- Radoschewski, M. (2000). Gesundheitsbezogene Lebensqualität - Konzepte und Maße. Entwicklungen und Stand im Überblick. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 43, 165-189.
- Raskin, J. D. (2001). The modern, the postmodern, and George Kelly's Personal Construct Psychology. *American Psychologist*, 56, 368-369.
- Ravens-Sieberer, U. & Cieza, A. (Hrsg.) (2000). *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin*. Landsberg: ecomed.
- Reischies, F. M. & Lindenberger, U. (1996). Grenzen und Potentiale kognitiver Leistungsfähigkeit im Alter. In K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (S. 351-377). Berlin: Akademie Verlag.
- Reyes-Gibby, C. C., Aday, L. & Cleeland, C. (2002). Impact of pain on self-rated health in the community-dwelling older adults. *Pain*, 95, 75-82.
- Richard, L., Laforest, S., Dufresne, F. & Sapinski, J. P. (2005). The quality of life of older adults living in an urban environment: professional and lay perspectives. *Canadian Journal on Aging*, 24, 19-30.
- Riediger, M. & Freund, A. M. (2006). Focusing and restricting: two aspects of motivational selectivity in adulthood. *Psychology and Aging*, 21, 173-185.
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2003). *Multimorbidität in Deutschland. Stand – Entwicklung – Folgen*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Rojas, M. (2006). Life satisfaction and satisfaction in domains of life: is it a simple relationship? *Journal of Happiness Studies*, 7, 467-497.
- Rokeach, M. (1985). Inducing change and stability in belief systems and personality structures. *Journal of Social Issues*, 41, 153-171.
- Rosenberg, R. (1995). Health-related quality of life between naturalism and hermeneutics. *Social Science and Medicine*, 41, 1411-1415.
- Rost, J. (2004). *Lehrbuch Testtheorie - Testkonstruktion*. Bern: Huber.
- Rothermund, K. & Brandtstädter, J. (2003). Coping with deficits and losses in later life: from compensatory action to accommodation. *Psychology and Aging*, 18, 896-905.
- Rowe, J. W. (1999). Geriatrics, prevention, and the remodeling of medicare. *New England Journal of Medicine*, 340, 720-721.
- Rowe, J. W. & Kahn, R. L. (1998). *Successful aging: The MacArthur Foundation Study*. New York: Pantheon Books.
- Rowe, J. W. & Kahn, R. L. (1987). Human aging: usual and successful. *Science*, 237, 143-149.
- Rudinger, G. & Thomae, H. (1990). The Bonn Longitudinal Study of Aging: Coping, life adjustment, and life satisfaction. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Hrsg.), *Successful*

- aging. *Perspectives from the behavioral sciences* (S. 265-295). Cambridge: University Press.
- Ruta, D. A., Garratt, A. M., Leng, M., Russell, I. T. & MacDonald, L. M. (1994). A new approach to the measurement of quality of life. The Patient-Generated Index. *Medical Care*, 32, 1109-1126.
- Ruta, D. A., Garratt, A. M. & Russell, I. T. (1999). Patient centred assessment of quality of life for patients with four common conditions. *Quality in Health Care*, 8, 22-29.
- Ryff, C. D. (1989a). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C. D. (1989b). In the eye of the beholder: views of psychological well-being among middle-aged and older adults. *Psychology and Aging*, 4, 195-210.
- Ryff, C. D. & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9, 1-28.
- Sanders, C., Egger, M., Donovan, J., Tallon, D. & Frankel, S. (1998). Reporting on quality of life in randomised controlled trials: bibliographic study. *British Medical Journal*, 317, 1191-1194.
- Schaie, K. W. (1996). Intellectual development in adulthood. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Hrsg.), *Handbook of the psychology of aging* (S. 266-286). San Diego: Academic Press.
- Schieber, F. (2006). Vision and aging. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Hrsg.), *Handbook of the psychology of aging* (S. 129-161). Amsterdam: Elsevier.
- Schindler, I., Staudinger, U. M., & Nesselroade, J. R. (2006). Development and structural dynamics of personal life investment in old age. *Psychology and Aging*, 21, 737-753.
- Schmidt, S. J. (Hrsg.) (2003). *Der Diskurs des radikalen Konstruktivismus*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Schneekloth, U. (2006). *Hilfe- und Pflegebedürftige in Alteneinrichtungen 2005. Schnellbericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständige Lebensführung in Einrichtungen“ (MuG IV)*. Verfügbar unter: <http://www.bmfsfj.bund.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/hilfe-und-pflegebeduerftige-in-alteneinrichtungen.property=pdf,bereich=,rwb=true.pdf> [3.7.2007]
- Schneekloth, U. & Wahl, H.-W. (2005). *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. Integrierter Abschlussbericht*. Verfügbar unter: <http://www.bmfsfj.de/Publikationen/mug/01-Redaktion/PDF-Anlagen/gesamtdokument.property=pdf,bereich=mug,rwb=true.pdf> [3.7.2007]
- Schneider, G., Driesch, G., Kruse, A., Wachter, M., Nehen, H. G. & Heuft, G. (2004). What influences self-perception of health in the elderly? The role of objective health condition, subjective well-being and sense of coherence. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 39, 227-237.



- Schramm, A. (1988). Polypathie und Multimorbidität. In E. Lang (Hrsg.), *Praktische Geriatrie* (S. 81-84). Stuttgart: Ferdinand Enke.
- Schramm, A., Franke, H. & Chowanetz, W. (1982). Multimorbidität und Polypathie im Alter. *Zeitschrift für Allgemeine Medizin*, 58, 234-237.
- Schulz-Hausgenoss, A., Schönberg, F. & Naegele, G. (2004). Erfassen des "patient view" von Demenzkranken in vollstationären Einrichtungen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 37, I/30
- Schumacher, J., Klaiberg, A. & Brähler, E. (2003). Diagnostik von Lebensqualität und Wohlbefinden. In J. Schumacher, A. Klaiberg & E. Brähler (Hrsg.), *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden (Diagnostik für Klinik und Praxis, Band 2)* (S. 9-24). Göttingen: Hogrefe.
- Schwartz, C. E. & Sprangers, M. A. (1999). Methodological approaches for assessing response shift in longitudinal health-related quality-of-life research. *Social Science & Medicine*, 48, 1531-1548.
- Schwarz, N. (1999). Self-reports. How the questions shape the answers. *American Psychologist*, 54, 93-105.
- Schwarz, N. & Strack, F. (1991). Evaluating one's life: a judgment model of subjective well-being. In F. Strack, M. Argyle & N. Schwarz (Hrsg.), *Subjective well-being. An interdisciplinary perspective* (S. 27-47). Oxford: Pergamon Press.
- Schwarzer, R. H. (1997). *Gesundheitspsychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Settersten, R. A. & Mayer, K. U. (1997). The measurement of age, age structuring, and the life course. *Annual Review of Sociology*, 23, 233-261.
- Seymour, D. G., Ball, A. E., Russell, E. M., Primrose, W. R., Garratt, A. M. & Crawford, J. R. (2001). Problems in using health survey questionnaires in older patients with physical disabilities. The reliability and validity of the SF-36 and the effect of cognitive impairment. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 7, 411-418.
- Skevington, S. M., Sartorius, N. & Amir, M. (2004). Developing methods for assessing quality of life in different cultural settings. The history of the WHOQOL instruments. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 1-8.
- Slevin, M. L. (1992). Quality of life: philosophical question or clinical reality? *British Medical Journal*, 305, 466-469.
- Slevin, M. L., Plant, H., Lynch, D., Drinkwater, J. & Gregory, W. M. (1988). Who should measure quality of life, the doctor or the patient? *British Journal of Cancer*, 57, 109-112.
- Smith, J. (2003). The gain-loss dynamic in lifespan development: Implications for change in self and personality during old and very old age. In U. M. Staudinger & U. Lindenberger (Hrsg.), *Understanding human development: Dialogues with lifespan psychology* (S. 215-241). Boston: Kluwer Academic Publishers.
- Smith, J. & Baltes, P. B. (1997). Profiles of psychological functioning in the old and oldest old. *Psychology and Aging*, 12, 458-472.
- Smith, J. & Baltes, P. B. (1996). Altern aus psychologischer Perspektive: Trends und Profile im hohen Alter. In K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (S. 221-250). Berlin: Akademie Verlag.

- Smith, J., Borchelt, M., Maier, H. & Jopp, D. (2002). Health and well-being in the young old and oldest old. *Journal of Social Issues*, 58, 715-732.
- Smith, J., Fleeson, W., Geiselman, B., Settersten, R. & Kunzmann, U. (1996). Wohlbefinden im hohen Alter: Vorhersagen aufgrund objektiver Lebensbedingungen und subjektiver Bewertungen. In K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (S. 497-523). Berlin: Akademie Verlag.
- Smith, K. W., Avis, N. E. & Assmann, S. F. (1999). Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: a meta-analysis. *Quality of Life Research*, 8, 447-459.
- Sowarka, D. (2000). Merkmale der Lebensqualität in Pflegeeinrichtungen. In H. Entzian, K. I. Giercke, T. Klie & R. Schmidt (Hrsg.), *Soziale Gerontologie. Forschung und Praxisentwicklung im Pflegewesen und in der Altenarbeit* (S. 69-82). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Spiro, A. & Bossé, R. (2000). Relationship between health-related quality of life and well-being: the gerontologist's new clothes? *International Journal of Aging and Human Development*, 50, 297-318.
- Sprangers, M. A., de Regt, E. B., Andries, F., van Agt, H. M., Bijl, R. V., de Boer, J. B. et al. (2000). Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *Journal of Clinical Epidemiology*, 53, 895-907.
- Sprangers, M. A. & Schwartz, C. E. (1999). Integrating response shift into health-related quality of life research: a theoretical model. *Social Science & Medicine*, 48, 1507-1515.
- Sprangers, M. A. G., Cull, A., Bjordal, K., Groenvold, M. & Aaronson, N. K. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer. Approach to quality of life assessment: guidelines for developing questionnaire modules. EORTC Study Group on Quality of Life. *Quality of Life Research*, 2, 287-295.
- Stacey, C. A. & Gatz, M. (1991). Cross-sectional age differences and longitudinal change on the Bradburn Affect Balance Scale. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 46, P76-P78.
- Stadnyk, K., Calder, J. & Rockwood, K. (1998). Testing the measurement properties of the Short Form-36 Health Survey in a frail elderly population. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51, 827-835.
- Statistisches Bundesamt (2004). *Durchschnittliche weitere Lebenserwartung*. Verfügbar unter: <http://www.destatis.de/basis/d/bevoe/bevoetab3.php> [5.5.2006]
- 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.
- Staudinger, U. M. (1997). Grenzen der Bewältigung und ihre Überschreitung: Vom Entweder-Oder zum Sowohl-Als-Auch und weiter. In C. Tesch-Römer, C. Salewski & G. Schwarz (Hrsg.), *Psychologie der Bewältigung* (S. 247-260). Weinheim: BeltzPVU.
- Staudinger, U. M. & Freund, A. M. (1998). Krank und "arm" im hohen Alter und trotzdem guten Mutes? Untersuchungen im Rahmen eines Modells psychologischer Widerstandsfähigkeit. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 27, 78-85.

- Staudinger, U. M., Freund, A. M., Linden, M. & Maas, I. (1996). Selbst, Persönlichkeit und Lebensgestaltung im Alter: Psychologische Widerstandsfähigkeit und Vulnerabilität. In K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (S. 321-350). Berlin: Akademie Verlag.
- Steinhagen-Thiessen, E. & Borchelt, M. (1996). Morbidität, Medikation und Funktionalität im Alter. In K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (S. 151-183). Berlin: Akademie Verlag.
- Steinhagen-Thiessen, E., Gerok, W. & Borchelt, M. (1992). Innere Medizin und Geriatrie. In P. B. Baltes & J. Mittelstrass (Hrsg.), *Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung* (S. 124-150). Berlin: Walter de Gruyter.
- Steverink, N. & Timmer, E. (2001). Das subjektive Alterserleben. In F. Dittmann-Kohli, C. Bode & G. J. Westerhof (Hrsg.), *Die zweite Lebenshälfte - Psychologische Perspektiven. Ergebnisse des Alterssurveys* (S. 451-484). Stuttgart: Kohlhammer.
- Strawbridge, W. J., Wallhagen, M. & Cohen, R. D. (2002). Successful aging and well-being: self-rated compared with Rowe and Kahn. *The Gerontologist*, 42, 727-733.
- Streiner, D. L. & Norman, G. R. (2003). *Health measurement scales. A practical guide to their development and use*. Oxford: University Press.
- Stuck, A. E., Walthert, J. M., Nikolaus, T., Bula, C. J., Hohmann, C. & Beck, J. C. (1999). Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. *Social Science and Medicine*, 48, 445-469.
- Taylor, S. & Brown, J. D. (1994). Positive illusions and well-being revisited: separating fact from fiction. *Psychological Bulletin*, 116, 21-27.
- Taylor, S. E. & Brown, J. D. (1988). Illusion and well-being: a social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103, 193-210.
- Testa, M. D. & Simonson, D. C. (1996). Current concepts: assessment of quality-of-life outcomes. *The New England Journal of Medicine*, 334, 835-840.
- Tesch-Römer, C. (Hrsg.) (2002). *Gerontologie und Sozialpolitik*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Thomae, H. (1987). Alltagsbelastungen im Alter und Versuche ihrer Bewältigung. In U. Lehr & H. Thomae (Hrsg.), *Formen seelischen Alterns* (S. 92-114). Stuttgart: Enke.
- Thunedborg, K., Allerup, P., Bech, P. & Joyce, C. R. B. (1993). Development of the repertory grid for measurement of individual quality of life in clinical trials. *International Journal of Methods in Psychiatry Research*, 3, 45-56.
- Tombaugh, T. N. & McIntyre, N. J. (1992). The mini-mental state examination: a comprehensive review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 40, 922-935.
- Tully, M. P. & Cantrill, J. A. (2000). The validity of the modified patient generated index-- a quantitative and qualitative approach. *Quality of Life Research*, 9, 509-520.
- Ubel, P. A., Loewenstein, G. & Jepson, C. (2003). Whose quality of life? A commentary exploring discrepancies between health state evaluations of patients and the general public. *Quality of Life Research*, 12, 599-607.
- United Nations (2004). World population policies. Verfügbar unter: [http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2003/Publication\\_index.htm](http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2003/Publication_index.htm) [8.6.2007]

- United Nations (2003). World population prospects. The 2002 revision. Verfügbar unter: <http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2002/WPP2002-HIGHLIGHTSrev1.PDF> [8.6.2007]
- van den Akker, M., Buntinx, F., Metsemakers, J. F., van der, A. M. & Knottnerus, J. A. (2001). Psychosocial patient characteristics and GP-registered chronic morbidity: a prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 50, 95-102.
- van den Akker, M., Buntinx, F., Roos, S. & Knottnerus, J. A. (2001). Problems in determining occurrence rates of multimorbidity. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54, 675-679.
- van den Akker, M., Buntinx, F., Metsemakers, J. F., Roos, S. & Knottnerus, J. A. (1998). Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51, 367-375.
- van den Akker, M., Buntinx, F. & Knottnerus, J. A. (1996). Comorbidity or multimorbidity: what's in a name? A review of literature. *European Journal of General Practice*, 2, 65-70.
- Veenhoven, R. (undatiert). *World Database of Happiness*. Verfügbar unter: <http://worlddatabaseofhappiness.eur.nl/> [3.7.2007]
- Veenhoven, R. (2000). The four qualities of life. Ordering concepts and measures of the good life. *Journal of Happiness Studies*, 1, 1-39.
- Veenhoven, R. (1997). *Advances in understanding happiness*. Verfügbar unter: <http://www2.eur.nl/fsw/research/veenhoven/Pub1990s/97c-full.pdf> [3.7.2007]
- Veenhoven, R. (1996). Developments in satisfaction research. *Social Indicators Research*, 37, 1-46.
- von Faber, M., Bootsma-van der Wiel, A., van Exel, E., Gussekloo, J., Lagaay, A. M., van Dongen, E. et al. (2001). Successful aging in the oldest old. Who can be characterized as successfully aged? *Annals of Internal Medicine*, 135, 2694-2700.
- von Glasersfeld, E. (1997). *Radikaler Konstruktivismus. Ideen, Ergebnisse, Probleme*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- von Renteln Kruse, W. (2001). Epidemiologische Aspekte der Morbidität im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 34, I/10-I/15.
- Wagner, G., Schütze, Y. & Lang, F. R. (1996). Soziale Beziehungen alter Menschen. In K. U. Mayer & P. B. Baltes (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (S. 301-319). Berlin: Akademie Verlag.
- Wahl, H.-W. & Rott, C. (2002). Konzepte und Definitionen der Hochaltrigkeit. In Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), *Expertisen zum Vierten Altenbericht der Bundesregierung. Band 1: Das hohe Alter. Konzepte, Forschungsfelder, Lebensqualität* (S. 5-95). Hannover: Vincentz.
- Wahl, H.-W. & Tesch-Römer, C. (2001). Aging, sensory loss, and social functioning. In N. Charness, D. Parks & B. A. Sabel (Hrsg.), *Communication, technology and aging: opportunities and challenges for the future* (S. 108-126). New York: Springer.
- Wahl, H.-W. & Tesch-Römer, C. (Hrsg.) (2000). *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen*. Stuttgart: Kohlhammer.

- Wahl, H.-W. & Tesch-Römer, C. (1998). Interventionsgerontologie im deutschsprachigen Raum: Eine sozial- und verhaltenswissenschaftliche Bestandsaufnahme. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 31, 76-88.
- Ware, J. E. & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 473-483.
- 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.
- Wensing, M., Vingerhoets, E. & Grol, R. (2001). Functional status, health problems, age and comorbidity in primary care patients. *Quality of Life Research*, 10, 141-148.
- Wentura, D. & Greve, W. (2000). Krise und Bewältigung. In H.-W. Wahl & C. Tesch-Römer (Hrsg.), *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen* Stuttgart: Kohlhammer.
- Weyerer, S. (2000). Epidemiologie. In H.-W. Wahl & C. Tesch-Römer (Hrsg.), *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen* (S. 27-32). Stuttgart: Kohlhammer.
- Weyerer, S. & Schäufele, M. (1999). Epidemiologie körperlicher und psychischer Beeinträchtigungen im Alter. In A. Zimmer & S. Weyerer (Hrsg.), *Arbeitsbelastung in der Altenpflege* (S. 3-23). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Whitbourne, S. K. (1996). Psychological perspectives on the normal aging process. In L. L. Carstensen, B. A. Edelstein & L. Dornbrand (Hrsg.), *The practical handbook of clinical gerontology* (S. 3-35). Thousand Oaks: Sage.
- WHO (1946). *Constitution of the World Health Organization*. Verfügbar unter: [http://whqlibdoc.who.int/hist/official\\_records/constitution.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf) [3.7.2007]
- WHOQoL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41, 1403-1409.
- WHOQoL Group (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*, 2, 153-159.
- Wissenschaftlicher Rat der Dudenredaktion (Hrsg.) (2005). *Duden 05: Das Fremdwörterbuch*. Mannheim: Dudenverlag.
- Woolacott, M. H. (1993). Age-related changes in posture and movement. *Journals of Gerontology*, 48 (Special Issue), 56-60.
- Yi, Z. & Vaupel, J. W. (2002). Functional capacity and self-evaluation of health and life of oldest old in China. *Journal of Social Issues*, 58, 733-748.
- Zank, S., Wilms, H.-U. & Baltes, M. M. (1997). Gesundheit und Alter. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 245-263). Göttingen: Hogrefe.
- Zapf, W. & Habich, R. (Hrsg.) (1997). *Wohlfahrtsentwicklung im vereinten Deutschland. Sozialstruktur, sozialer Wandel und Lebensqualität*. Berlin: Ed. Sigma.

## ANHÄNGE

**ANHANG I****Studie 1: Qualitative Interviews zur subjektiven Perspektive auf Lebensqualität multimorbider älterer Menschen –****Rekrutierungsunterlagen: Kurzinformationen für mögliche Teilnehmer**

## **Studienteilnehmerinnen und –teilnehmer gesucht!**

Für ein Forschungsprojekt zur Lebensqualität von älteren Frauen und Männern suchen wir noch einige Studienteilnehmerinnen und –teilnehmer im Alter von 65 Jahren und älter. Im Rahmen von kurzen Interviews möchten wir Sie gerne zu einigen Aspekten Ihrer Lebenssituation befragen. Ziel des Projektes ist es, mehr darüber herauszufinden, welche Bereiche des Lebens für das Wohlbefinden ältere, mehrfach erkrankter Menschen von besonderer Bedeutung sind. Das Interview dauert etwa 20 Minuten und kann bei ihnen zu Hause stattfinden.

Wenn wir Ihr Interesse wecken konnten und Sie gerne mehr wissen möchten, rufen Sie uns bitte an:

Montags bis Freitags von 11.00 bis 15.00 können Sie Herrn Martin Holzhausen telefonisch erreichen – 030/450529187.

Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme!



**ANHANG II****Studie 2: Pilotuntersuchung mit dem FLQM –****Rekrutierungsunterlagen: Kurzinformationen für mögliche Teilnehmer**



Charité | Campus Mitte | 10098 Berlin

**Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften**

**Graduiertenkolleg**

Multimorbidität im Alter und ausgewählte Pflegeprobleme

Sprecherin: Prof. Dr. Adelheid Kuhlmeiy

Dipl.-Psych. Martin Holzhausen

Tel. +49 30 450 - 529187

Fax +49 30 450 - 529984

[martin.holzhausen@charite.de](mailto:martin.holzhausen@charite.de)

[www.gradmap.de](http://www.gradmap.de)

### **Wir suchen Studienteilnehmerinnen und Teilnehmer**

Für eine Forschungsarbeit über die Lebensqualität von älteren Menschen suchen wir Frauen und Männern im Alter von 65 Jahren und älter. Voraussetzung ist, dass Sie momentan mehrere körperliche Erkrankungen haben. Im Rahmen von vier kurzen Fragebögen würden wir Sie gerne zu verschiedenen Seiten Ihrer Lebensqualität befragen. Die Teilnahme dauert etwa 40 Minuten und kann bei Ihnen zu Hause stattfinden.

Wenn Ihr Interesse geweckt ist oder Sie gerne mehr darüber wissen möchten, rufen Sie uns einfach an:

Montags bis Freitags von 10.00 bis 15.00 können Sie den Studienleiter, Herrn Martin Holzhausen, telefonisch erreichen – **030/450529187**.

Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme!

**ANHANG III****Studie 2: Pilotuntersuchung mit dem FLQM –****Rekrutierungsunterlagen: AOK „Bleibgesund Plus“**



## Freude oder Frust?

Welche **Wünsche und Probleme** haben ältere Menschen? An der Berliner Charité gehen Wissenschaftler diesen Fragen nach.

**S**elbstbestimmt, dynamisch, aktiv und fit sollen die Alten sein. In den letzten 30 Jahren ist ein neues Leitbild für das Älterwerden entstanden“, schreibt Erich Schützendorf in seinem Buch „In Ruhe alt werden können“. Wir Menschen werden immer älter. Und solange wir bis ins hohe Lebensalter dem Ideal vom flotten, selbstständigen „Oldie but Goldie“ entsprechen, ist das für den Einzelnen kein Problem. Eigenverantwortlich unseren Haushalt zu bewältigen ist das kleinste Ziel. Noch besser, wenn wir auch am gesellschaftlichen Leben teilnehmen, kulturell aktiv sind und zudem Freunde oder Familienmitglieder unterstützen.

Diese Lebensentwürfe lassen sich aber nicht immer mit dem gesundheitlichen Zustand vereinbaren. Denn im Alter häufen sich viele Beschwerden. Ein Drittel der Menschen über 60 leidet an fünf oder mehr Krankheiten. Eine der häufigsten ist die Blasen- oder Darmschwäche. „Internationale Studien zeigen, dass mehr als die Hälfte der über 60-Jährigen

unter dem unfreiwilligen Verlust von Urin leiden und jeder Fünfte von einer Darmschwäche betroffen ist“, so Anne Ahnis, Doktorandin im Graduiertenkolleg der Charité Berlin. „Trotzdem weiß man wenig darüber, wie Betroffene diese Situation bewältigen“, ergänzt die Diplom-Psychologin. Gerade Erkrankungen, die weniger körperliche, aber stark soziale Auswirkungen haben, seien in der Vergangenheit nicht ausreichend im Blick von Forschung und Medizin gewesen. „Es wird zu selten nach den individuellen Bedürfnissen der alten Menschen gefragt“, so Ahnis. Zu den eigenen Beschwerden käme bei vielen die Sorge um einen engen Verwandten hinzu, der im Alltag auf Hilfe angewiesen sei. Auch hierzu gebe es wenig Kenntnisse, wie Ältere diese Situation erleben und meistern. Mit ihren Kolleginnen und Kollegen an der Charité will Ahnis nun erforschen, mit welchen positiven Erfahrungen und Belastungen Ältere konfrontiert sind und welche Unterstützung es braucht, damit sie zu Hause ein selbstständiges Leben führen können.

### Zeit für ein Interview?

Sie sind **über 60 Jahre alt** und leben in Berlin?

Dann können Sie die Forschungsarbeiten über Lebenssituationen im Alter an der Berliner Charité unterstützen. Sie müssen sich nur etwas Zeit nehmen, um entweder vertraulich ■ über Ihre Blasen- und/oder Darmschwäche und damit verbundene Belastungen zu sprechen ■ oder, falls Sie an mehreren körperlichen Beschwerden leiden, allgemeine Fragen zur Lebensqualität im Alter zu beantworten ■ oder um darüber zu berichten, wenn Sie vor kurzem für sich oder einen Angehörigen einen Antrag auf Pflegegeld gestellt und Unterstützung organisiert haben. Haben Sie mit einer dieser Lebenssituationen Erfahrung und wollen hierzu einige Fragen beantworten? Dann nehmen Sie Kontakt auf zu Anne Ahnis oder Martin Holzhausen vom Graduiertenkolleg der Charité Berlin, Telefon: 030 450529-187.

**ANHANG IV**

**Studie 1: Qualitative Interviews zur subjektiven Perspektive auf Lebensqualität  
multimorbider älterer Menschen –  
Fragebogenbatterie und Interviewleitfaden**

ID \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Interviewer/in \_\_\_\_\_

Uhrzeit \_\_\_\_\_

## **INTERVIEW**

### **SUBJEKTIVE VORSTELLUNGEN ZUR LEBENSQUALITÄT**

---

**Verantwortlich:** Dipl.-Psych. Martin Holzhausen, Charité – Universitätsmedizin Berlin,  
Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften, Graduiertenkolleg Multimorbidität im  
Alter und ausgewählte Pflegeprobleme, Luisenstr. 13, 10117 Berlin, Tel.: 030-450529185

ID \_\_\_\_\_

## SOZIODEMOGRAPHISCHER FRAGEBOGEN

1. Wie alt sind Sie? \_\_\_\_\_

2. *Geschlecht:*

*männlich*

*weiblich*

3. Was ist Ihr höchster Schulabschluss?

kein Abschluss

Grundschule

Hauptschule / Volksschule

Realschule / Polytechnische Oberschule

Fachschule

Gymnasium / Erweiterte Oberschule / Abitur

Sonstige \_\_\_\_\_

4. Wie ist Ihr Familienstand?

ledig

verheiratet

getrennt lebend

geschieden

verwitwet

in fester Partnerschaft

5. Haben Sie Kinder?

ja

→ wie viele davon leben noch? \_\_\_\_\_

nein

ID \_\_\_\_\_

6. *Wohnsituation* \_\_\_\_\_

*Wenn Privathaushalt:* Leben Sie hier alleine?

ja

nein

7. Haben Sie eine Pflegestufe?

ja

→ welche?

PS I

PS II

PS III

Härtefall

nein



ID \_\_\_\_\_

## FRAGEBOGEN ZUR GESUNDHEITSSITUATION

Ich würde Ihnen jetzt gerne zwei kurze Fragen zu Ihrer Gesundheit stellen.

1. An wie vielen körperlichen Erkrankungen leiden Sie im Augenblick? Sie müssen mir nicht sagen, um *welche* Krankheiten im Einzelnen es sich handelt, wenn Sie nicht wollen, nur wie viele.

*Anzahl Erkrankungen:* \_\_\_\_\_

*Details (falls genannt):*

---

---

---

---

---

2. Wie viele von diesen Erkrankungen werden behandelt?

*Anzahl behandelter Erkrankungen:* \_\_\_\_\_

*(Falls Anzahl behandelt < Anzahl insgesamt:)*

2.a Bei wie vielen von den anderen Erkrankungen würden Sie sich eine Behandlung wünschen?

*Anzahl erwünschter Behandlungen:* \_\_\_\_\_

ID \_\_\_\_\_

## LEITFADEN

### **Strukturiertes Interview zur explorativen Erhebung von Lebensbereichen, die für die Lebensqualität multimorbider alter Menschen relevant sein können**

*(Aufzeichnungsgerät bereitstellen)*

#### **INSTRUKTION** *(langsam und deutlich)*

Ich möchte Ihnen nun gerne einige Fragen dazu stellen, was in Ihrem Leben wichtig ist, was Ihr Leben schön macht, aber auch was Ihnen das Leben schwer macht. Denken Sie in Ruhe über jede Frage nach und erzählen Sie mir dann, was Ihnen dazu einfällt. Sie müssen sich nicht beeilen, im Gegenteil – auch wenn Ihnen später noch etwas zu einer Frage einfällt, sagen Sie es einfach. Es geht ja um Ihr eigenes Leben, und die guten und schlechten Seiten Ihres Lebens. Da wissen natürlich Sie selbst am allerbesten die Antworten. Deshalb gibt es auch keine richtigen oder falschen Antworten. Alles was Sie sagen, alles was Ihnen einfällt, ist für mich interessant. Wenn Sie eine Frage nicht auf Anhieb verstehen, macht das nichts – fragen Sie dann bitte einfach nach. Sagen Sie mir bitte auch, falls Sie auf eine Frage nicht antworten möchten. Können wir anfangen?

*(Tonaufzeichnung beginnen)*

#### **FRAGEN ZUR LEBENSQUALITÄT** *(langsam und deutlich)*

1. Was kommt Ihnen in den Sinn, wenn Sie den Begriff „Lebensqualität“ hören? Oder anders: Können Sie mir beschreiben, was für Sie Lebensqualität ausmacht?
2. Wenn Sie über ihr jetziges Leben als Ganzes nachdenken, was macht ihr Leben schön? Was trägt zu Ihrer Lebensqualität bei? Sagen Sie einfach alles was Ihnen einfällt!
3. Was macht Ihnen das Leben schwer? Was wirkt sich negativ auf Ihre Lebensqualität aus? Sagen Sie wieder alles was Ihnen dazu einfällt!
4. Wenn Sie nochmals an all die guten und schlechten Dinge in Ihrem Leben denken, die Sie mir gerade geschildert haben: Gibt es da etwas, das für Sie das Allerwichtigste ist?

ID \_\_\_\_\_

## NACHFRAGEN

- 2** Fällt Ihnen sonst noch etwas ein, was Ihr Leben schön macht? usw.
- 2** (*wenn negative Aspekte genannt werden*) Das sind jetzt eher Dinge, die nicht so positiv sind. Denken Sie doch jetzt auch noch mal über die guten Seiten Ihres Lebens nach.
- 3** Fällt Ihnen sonst noch etwas ein, was in Ihrem Leben nicht so gut ist? usw.
- 2 & 3** (*wenn es zu abstrakt wird*) Sagen Sie ruhig ganz konkrete Beispiele. Was meinen Sie genau? usw.
- 2 & 3** (*wenn nur einzelne allgemeine Bereiche, z. B. „Familie“ genannt werden*) Was gibt es da im Einzelnen? usw.
- 2 & 3** *Aufgreifen der Daten des soziodemografischen Fragebogens*

**ID** \_\_\_\_\_

**ANMERKUNGEN**

**ANHANG V****Studie 2: Pilotuntersuchung mit dem FLQM –  
Fragebogenbatterie: Version für den Interviewer**

ID \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Interviewer/in \_\_\_\_\_

Uhrzeit \_\_\_\_\_

**PILOTSTUDIE ZUR ENTWICKLUNG  
EINES FRAGEBOGENS ZUR LEBENSQUALITÄT  
MULTIMORBIDER ÄLTERER MENSCHEN  
OHNE KOGNITIVE BEEINTRÄCHTIGUNG  
FLQM**

VERSION FÜR DEN INTERVIEWER

---

**Verantwortlich:** Dipl.-Psych. Martin Holzhausen, Charité – Universitätsmedizin Berlin,  
Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften, Graduiertenkolleg „Multimorbidität  
im Alter und ausgewählte Pflegeprobleme“, Luisenstr. 13, 10117 Berlin,  
Tel.: 030-450529187, martin.holzhausen@charite.de

## SOZIODEMOGRAPHISCHER FRAGEBOGEN

(vorlesen)

1. Wie alt sind Sie? \_\_\_\_\_

2. *Geschlecht:*

*männlich*

*weiblich*

3. Was ist Ihr höchster Schulabschluss?

kein Abschluss

Grundschule

Hauptschule / Volksschule

Realschule / Polytechnische Oberschule

Fachschule

Gymnasium / Erweiterte Oberschule / Abitur

Sonstige \_\_\_\_\_

4. Wie ist Ihr Familienstand?

ledig

verheiratet

getrennt lebend

geschieden

verwitwet

in fester Partnerschaft

5. Haben Sie Kinder?

ja

→ wie viele davon leben noch? \_\_\_\_\_

nein

6. *Wohnsituation* \_\_\_\_\_

*Wenn Privathaushalt:* Leben Sie hier alleine?

ja

nein

7. Haben Sie eine Pflegestufe?

ja

→ welche?

PS I

PS II

PS III

Härtefall

nein



## FRAGEBOGEN ZUR GESUNDHEITSSITUATION

Ich würde Ihnen jetzt gerne zwei kurze Fragen zu Ihrer Gesundheit stellen.

1. An wie vielen körperlichen Erkrankungen leiden Sie im Augenblick? Sie müssen mir nicht sagen, um *welche* Krankheiten im Einzelnen es sich handelt, wenn Sie nicht wollen, nur wie viele.

*Anzahl Erkrankungen:* \_\_\_\_\_

*Details (falls genannt):*

---

---

---

---

---

2. Wie viele von diesen Erkrankungen werden behandelt?

*Anzahl behandelter Erkrankungen:* \_\_\_\_\_

*(Falls Anzahl behandelt < Anzahl insgesamt:)*

2.a Bei wie vielen von den anderen Erkrankungen würden Sie sich eine Behandlung wünschen?

*Anzahl erwünschter Behandlungen:* \_\_\_\_\_

---

**Frage zur allgemeinen Lebenszufriedenheit vor FLQM?**

J / N

*Wenn ja: Siehe gesonderter Fragebogen ALZ\_vor (vorlegen und vorlesen).*

**FRAGEBOGEN ZUR LEBENSQUALITÄT**  
**MULTIMORBIDER ÄLTERER MENSCHEN - FLQM**

*(vorlesen)*

**Zeit (Beginn):** \_\_\_\_\_

**Schritt 1: Generierung der Dimensionen**

Verschiedene Menschen haben ganz unterschiedliche Vorstellungen, was ihnen im Leben wichtig ist. Ich möchte jetzt gerne von Ihnen wissen, was für Sie von besonderer Bedeutung für ein gutes Leben ist. Das ist möglicherweise eine etwas ungewohnte Frage für Sie. Aber Sie sind die einzige Person die diese Frage beantworten kann, denn Menschen unterscheiden sich in ihren Bedürfnissen und Wünschen natürlich sehr stark voneinander.

Wenn man anderen Menschen diese Frage stellt, nennen viele zum Beispiel  
den Kontakt zu ihrer Familie,  
ihren eigenen Gesundheitszustand  
oder wie gut sie sich bewegen können.

Es können aber auch ganz andere Dinge eine wichtige Rolle spielen:

die eigenen geistigen Fähigkeiten, zum Beispiel das Gedächtnis,  
die Art, wie die Wohnung gestaltet ist,  
die Pflege von Freundschaften.

Anderen Personen ist wichtig,

am Leben aktiv teilnehmen zu können,  
noch etwas dazulernen und sich weiter zu bilden  
oder ihren Hobbys nachzugehen, zum Beispiel zu musizieren oder  
Sportveranstaltungen zu besuchen.

Sie sehen also: Es gibt viele Möglichkeiten, was für Ihr Leben bedeutsam sein kann. Deshalb nehmen Sie sich etwas Zeit und denken darüber nach.

Es müssen nicht unbedingt positive Dinge sein - vielleicht vermissen Sie auch etwas Wichtiges in Ihrem Leben oder können Ihre Bedürfnisse in bestimmten Bereichen nicht ganz erfüllen.

Bitte nennen Sie mir in etwa fünf Bereiche in Ihrem Leben (es können auch vier oder sechs sein), die am meisten damit zu tun haben, wie zufrieden Sie mit Ihrem Leben sind.

*(Bereiche in Tabelle I und ggf. Teilnehmertabelle eintragen)*

## **Schritt 2: Bewertung der Dimensionen**

Ich möchte Sie jetzt bitten, dass Sie sich jeden dieser Punkte einmal genauer betrachten. (*Teilnehmertabelle vorlegen*) Wie zufrieden sind Sie in Ihrer momentanen Situation mit diesem Lebensbereich?

Sie sehen unten eine Skala (*Skala I vorlegen*) mit sechs Punkten – so ähnlich wie die Schulnoten. Eine 1 bedeutet, dass sie mit diesem Lebensbereich so sehr zufrieden sind, dass es praktisch nichts zu verbessern gibt. Eine 6 bedeutet, dass Sie so unzufrieden mit diesem Lebensbereich sind, dass Sie es sich fast nicht schlimmer vorstellen können. Bitte geben Sie für jeden Lebensbereich eine Zahl zwischen 1 und 6 an. Damit zeigen Sie, wie zufrieden oder unzufrieden Sie mit jedem einzelnen Bereich sind. Sie können natürlich mit mehreren oder allen Bereiche gleich zufrieden sein - geben Sie ihnen dann einfach die gleiche Note.

(*Genannten Skalenwert in Tabelle I und ggf. Teilnehmertabelle eintragen*)

### **Schritt 3: Gewichtung der Lebensbereiche**

Bitte schauen Sie sich nun noch einmal in aller Ruhe die einzelnen Lebensbereiche an. Vermutlich sind sie unterschiedlich wichtig für Sie. Ich würde Sie bitten, für jeden Punkt anzugeben, wie wichtig er Ihnen ist. Sie sehen hier wieder eine Skala (*Skala II vorlegen*) zwischen 1 und 6: Eine 1 bedeutet, dass dieser Lebensbereich für Sie zu den wichtigsten Dingen gehört, die es in Ihrem Leben gibt. Eine 6 bedeutet, dass dieser Lebensbereich für Sie eher unbedeutend ist. Bitte geben Sie für jeden Lebensbereich eine Zahl zwischen eins und sechs an. Damit zeigen Sie, wie wichtig Ihnen jeder einzelne Bereich ist. Sie können natürlich mehrere oder alle Bereiche gleich wichtig finden - geben Sie ihnen dann einfach die gleiche Zahl auf der Skala.

*(Genannten Skalenwert in Tabelle I und ggf. Teilnehmertabelle eintragen.)*

*Zur Auswertung genannte Skalenwerte entsprechend Skala I und II umpolen und in Tabelle I eintragen. Auswertung gemäß der Formel unter Tabelle I vornehmen.)*

**Zeit (Ende):** \_\_\_\_\_

---

### **Meta-Fragebogen zum FLQM**

*Siehe gesonderter Fragebogen (vorlesen).*

---

**Frage zur allgemeinen Lebenszufriedenheit nach FLQM?** J / N

*Wenn ja: Siehe gesonderter Fragebogen ALZ\_nach (vorlegen und vorlesen).*

**Tabelle I**

i	Dimension	Bewertung*		Gewicht**		∏
		genannt	zählt	genannt	zählt	
1		( ___ )		( ___ )		
2		( ___ )		( ___ )		
3		( ___ )		( ___ )		
4		( ___ )		( ___ )		
5		( ___ )		( ___ )		
6		( ___ )		( ___ )		
7		( ___ )		( ___ )		
∑	--	--	--	--		

\* siehe Skala I; \*\* siehe Skala II.

**Auswertung**

QoL-Index =  $\Sigma(\Pi_i) / \Sigma(\text{Gewicht}_i) = \underline{\quad} / \underline{\quad} = \underline{\quad}$

**Skala I: Bewertung**

Genannt:					
1	2	3	4	5	6
Es gibt praktisch nichts zu verbessern	Sehr zufrieden	Zufrieden	Unzufrieden	Sehr unzufrieden	Es könnte fast nicht schlimmer sein
Zählt:					
6	5	4	3	2	1

**Skala II: Gewichtung**

Genannt:					
1	2	3	4	5	6
Eigentlich das Allerwichtigste, was es für mich gibt	Sehr wichtig	Wichtig	Ziemlich wichtig	Eher unwichtig	Hat im Vergleich mit den anderen keine besondere Bedeutung für mich
Zählt:					
6	5	4	3	2	1

# POSITIVE AND NEGATIVE AFFECT SCHEDULE<sup>1</sup>

(vorlesen)

Ich würde nun gerne mit Ihnen darüber sprechen, wie Sie sich im Moment fühlen. Man kann sehr unterschiedliche Begriffe verwenden, um seinen Gefühlszustand zu beschreiben. Ich werde Ihnen jetzt eine Liste mit Wörtern vorlesen, die Menschen häufig benutzen, wenn sie ihre Gefühlslage beschreiben. Ich bitte Sie, für jeden dieser Begriffe anzugeben, wie sehr er Ihrem momentanen Gefühlszustand entspricht. Sie haben dafür die Wahl zwischen fünf Abstufungen (*PANAS-Skala vorlegen*): Eine 1 bedeutet, dass Sie sich überhaupt nicht so fühlen, wie es der Begriff beschreibt. Eine 5 bedeutet, dass Sie sich im Moment äußerst stark so fühlen, wie es der Begriff beschreibt.

## Wie fühlen Sie sich im Moment?

1 = gar nicht, 2 = ein bisschen, 3 = einigermaßen, 4 = erheblich, 5 = äußerst

- |                   |     |                  |     |
|-------------------|-----|------------------|-----|
| 1. begeistert     | ___ | 11. reizbar      | ___ |
| 2. bedrückt       | ___ | 12. hellwach     | ___ |
| 3. erwartungsvoll | ___ | 13. beschämt     | ___ |
| 4. verärgert      | ___ | 14. angeregt     | ___ |
| 5. stark          | ___ | 15. nervös       | ___ |
| 6. schuldig       | ___ | 16. entschlossen | ___ |
| 7. verängstigt    | ___ | 17. aufmerksam   | ___ |
| 8. feindselig     | ___ | 18. unruhig      | ___ |
| 9. interessiert   | ___ | 19. aktiv        | ___ |
| 10. stolz         | ___ | 20. ängstlich    | ___ |

---

<sup>1</sup> (Watson, Clark & Tellegen, 1988; dt. Krohne, Egloff, Kohlmann & Tausch, 1996)

## PHILADELPHIA GERIATRIC CENTRE MORALE SCALE<sup>2</sup>

(vorlesen)

Ich werde Ihnen nun eine Reihe von Aussagen vorlesen, mit denen Menschen sich manchmal selbst beschreiben. Ich möchte Sie bitten, für jede dieser Aussagen anzugeben, in wie weit sie auf Sie selbst zutrifft. Sie haben dafür wieder die Wahl zwischen fünf Abstufungen, ähnlich den Schulnoten (*PGCMS-Skala vorlegen*). Eine 1 bedeutet, dass die Aussage sehr gut auf Sie zutrifft. Eine 5 bedeutet, dass diese Aussage nur sehr schlecht auf Sie zutrifft.

### Inwieweit treffen folgende Aussagen auf Sie zu?

1 = sehr gut, 2 = gut, 3 = befriedigend, 4 = ausreichend, 5 = mangelhaft

1. Dieses Jahr rege ich mich über Kleinigkeiten auf. \_\_\_\_
2. Ich mache mir oft solche Sorgen, dass ich nicht einschlafen kann. \_\_\_\_
3. Ich habe vor vielen Dingen Angst. \_\_\_\_
4. Ich werde häufiger wütend als früher. \_\_\_\_
5. Ich nehme die Dinge schwer. \_\_\_\_
6. Ich rege mich leicht auf. \_\_\_\_
7. Je älter ich werde, desto schlimmer wird alles. \_\_\_\_
8. Ich habe noch genauso viel Schwung wie letztes Jahr. \_\_\_\_
9. Je älter ich werde, desto weniger nützlich bin ich. \_\_\_\_
10. Mit zunehmendem Alter ist mein Leben besser als ich erwartet habe. \_\_\_\_
11. Ich bin genauso glücklich, wie ich es in jungen Jahren war. \_\_\_\_
12. Manchmal glaube ich, dass das Leben nicht lebenswert ist. \_\_\_\_
13. Das Leben ist die meiste Zeit hart für mich. \_\_\_\_
14. Zur Zeit bin ich zufrieden mit meinem Leben. \_\_\_\_
15. Ich bin über vieles traurig. \_\_\_\_

---

<sup>2</sup> (Lawton, 1975; dt. Smith, Fleeson, Geiselman, Settersten & Kunzmann, 1996)

**FRAGEBOGEN ZUM ALLGEMEINEN GESUNDHEITZUSTAND SF 36**

**(Zeitfenster 4 Wochen)**

*Siehe gesonderter Fragebogen (vorlesen).*

---

**MINI-MENTAL-STATUS-TEST**

*Siehe gesonderter Fragebogen (vorlesen).*



## ANMERKUNGEN

## FRAGE ZUR ALLGEMEINEN LEBENSZUFRIEDENHEIT

### Version vor FLQM

Ich möchte Ihnen zunächst eine ziemlich allgemeine Frage stellen:

*(Frage mit Antwortliste vorlegen)*

**Alles in allem betrachtet – wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrem Leben?**

Würden Sie sagen, ...

1 = *es gibt praktisch nichts zu verbessern*

2 = Sie sind *sehr zufrieden*

3 = Sie sind *zufrieden*

4 = Sie sind *unzufrieden*

5 = Sie sind *sehr unzufrieden*

6 = *es könnte fast nicht schlimmer sein*

## FRAGE ZUR ALLGEMEINEN LEBENSZUFRIEDENHEIT

Version *nach* Meta-FLQM

Ich möchte Ihnen nun eine ziemlich allgemeine Frage stellen:

*(Frage mit Antwortliste vorlegen)*

**Alles in allem betrachtet – wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrem Leben?**

Würden Sie sagen, ...

1 = *es gibt praktisch nichts zu verbessern*

2 = Sie sind *sehr zufrieden*

3 = Sie sind *zufrieden*

4 = Sie sind *unzufrieden*

5 = Sie sind *sehr unzufrieden*

6 = *es könnte fast nicht schlimmer sein*

**ANHANG VI****Studie 2: Pilotuntersuchung mit dem FLQM –  
Fragebogenbatterie: Teilnehmerversion**

ID \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Interviewer/in \_\_\_\_\_

Uhrzeit \_\_\_\_\_

**FRAGEBOGEN ZUR LEBENSQUALITÄT  
MULTIMORBIDER ÄLTERER MENSCHEN  
FLQM**

TEILNEHMERVERSION

---

**Verantwortlich:** Dipl.-Psych. Martin Holzhausen, Charité – Universitätsmedizin Berlin,  
Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften, Graduiertenkolleg „Multimorbidität  
im Alter und ausgewählte Pflegeprobleme“, Luisenstr. 13, 10117 Berlin,  
Tel.: 030-450529187, martin.holzhausen@charite.de

## **Was ist in Ihrem Leben wichtig?**

Verschiedene Menschen haben ganz unterschiedliche Vorstellungen, was ihnen im Leben wichtig ist. Ich möchte jetzt gerne von Ihnen wissen, was für Sie von besonderer Bedeutung für ein gutes Leben ist. Das ist möglicherweise eine etwas ungewohnte Frage für Sie. Aber Sie sind die einzige Person die diese Frage beantworten kann, denn Menschen unterscheiden sich in ihren Bedürfnissen und Wünschen natürlich sehr stark voneinander.

Wenn man anderen Menschen diese Frage stellt, nennen viele zum Beispiel

**den Kontakt zu ihrer Familie,  
ihren eigenen Gesundheitszustand  
oder wie gut sie sich bewegen können.**

Es können aber auch ganz andere Dinge eine wichtige Rolle spielen:

**die eigenen geistigen Fähigkeiten, zum Beispiel das Gedächtnis,  
die Art, wie die Wohnung gestaltet ist,  
die Pflege von Freundschaften.**

Anderen Personen ist wichtig,

**am Leben aktiv teilnehmen zu können,  
noch etwas dazuzulernen und sich weiter zu bilden  
oder ihren Hobbys nachzugehen, zum Beispiel zu musizieren oder  
Sportveranstaltungen zu besuchen.**

Sie sehen also: Es gibt viele Möglichkeiten, was für Ihr Leben bedeutsam sein kann. Deshalb nehmen Sie sich etwas Zeit und denken darüber nach.

Es müssen nicht unbedingt positive Dinge sein - vielleicht vermissen Sie auch etwas Wichtiges in Ihrem Leben oder können Ihre Bedürfnisse in bestimmten Bereichen nicht ganz erfüllen.

Bitte nennen Sie mir in etwa fünf Bereiche in Ihrem Leben (es können auch vier oder sechs sein), die am meisten damit zu tun haben, wie zufrieden Sie mit Ihrem Leben sind.

**Bitte blättern Sie noch nicht um!**

## Wie zufrieden oder unzufrieden sind Sie mit den einzelnen Punkten?

Ich möchte Sie jetzt bitten, dass Sie sich jeden dieser Punkte einmal genauer betrachten: Wie zufrieden oder unzufrieden sind Sie in Ihrer momentanen Situation mit diesem Lebensbereich?

Sie sehen unten eine Skala mit sechs Punkten – so ähnlich wie die Schulnoten. Eine 1 bedeutet, dass sie mit diesem Lebensbereich so sehr zufrieden sind, dass es praktisch nichts zu verbessern gibt. Eine 6 bedeutet, dass Sie so unzufrieden mit diesem Lebensbereich sind, dass Sie es sich fast nicht schlimmer vorstellen können. Bitte geben Sie für jeden Lebensbereich eine Zahl zwischen 1 und 6 an. Damit zeigen Sie, wie zufrieden oder unzufrieden Sie mit jedem einzelnen Bereich sind. Sie können natürlich mit mehreren oder allen Bereiche gleich zufrieden sein - geben Sie ihnen dann einfach die gleiche Zahl auf der Skala.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
Es gibt praktisch nichts zu verbessern	Sehr zufrieden	Zufrieden	Unzufrieden	Sehr unzufrieden	Es könnte fast nicht schlimmer sein

**Bitte blättern Sie noch nicht um!**

## Wie wichtig sind Ihnen die einzelnen Punkte?

Bitte schauen Sie sich nun noch einmal in aller Ruhe die einzelnen Lebensbereiche an. Vermutlich sind sie unterschiedlich wichtig für Sie. Ich würde Sie bitten, für jeden Punkt anzugeben, wie wichtig er Ihnen ist. Sie sehen hier wieder eine Skala zwischen 1 und 6: Eine 1 bedeutet, dass dieser Lebensbereich für Sie zu den wichtigsten Dingen gehört, die es in Ihrem Leben gibt. Eine 6 bedeutet, dass dieser Lebensbereich im Vergleich zu den anderen Punkten für Sie eher unbedeutend ist. Bitte geben Sie für jeden Lebensbereich eine Zahl zwischen eins und sechs an. Damit zeigen Sie, wie wichtig Ihnen jeder einzelne Bereich ist. Sie können natürlich mehrere oder alle Bereiche gleich wichtig finden - geben Sie ihnen dann einfach die gleiche Zahl auf der Skala.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
Eigentlich das Allerwichtigste, was es für mich gibt	Sehr wichtig	Ziemlich wichtig	Wichtig	Eher unwichtig	Hat im Vergleich mit den anderen keine besondere Bedeutung für mich

**Vielen Dank!**



#	Lebensbereich	Zufriedenheit	Wichtigkeit
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

ID \_\_\_\_\_

# ALZ

**Alles in allem betrachtet –  
wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrem Leben?**

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
es gibt praktisch nichts zu verbessern	sehr zufrieden	zufrieden	unzufrieden	sehr unzufrieden	es könnte fast nicht schlimmer sein

# PANAS

**Wie fühlen Sie sich im Moment?**

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
gar nicht	ein bisschen	einiger- maßen	erheblich	äußerst

## PGCMS

**Inwieweit treffen folgende Aussagen auf Sie zu?**

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft

**ANHANG VII**

**Studie 2: Pilotuntersuchung mit dem FLQM –  
Meta-Fragebogen zum FLQM**

## META-FRAGEBOGEN ZUM FLQM FÜR DIE STUDIENTEILNEHMER

Ich würde jetzt gerne mit Ihnen kurz über den Fragebogen sprechen, den Sie gerade beantwortet haben.

1. Fanden Sie den Fragebogen insgesamt schwierig?

ja    mittel    nein

Wenn ja oder mittel: Was genau fanden Sie schwierig?

2. Wie fanden Sie die Länge des Fragebogens?

zu lang    in Ordnung    zu knapp

3. Fanden Sie die Anweisungen zu den einzelnen Schritten verständlich?

ja    geht so    nein

Wenn nein oder geht so: Was war unverständlich? Was könnte man besser machen?

4. Fanden Sie die Beispiele am Anfang der Anweisungen hilfreich?

ja    geht so    nein

5. Haben Sie das Gefühl, die Beispiele haben Sie in Ihrer Auswahl beeinflusst?

ja    teilweise    nein

6. Wie sind Sie mit den „Notenskalen“ bei der Bewertung zurecht gekommen?

gut    geht so    schlecht

7. Fanden Sie die Beschriftungen an den Notenskalen hilfreich?

ja    geht so    nein

8. Wie hätten Sie den Fragebogen am liebsten vorgelegt bekommen:

- Nur selber lesen.
- Nur vorlesen.
- Vorlesen und selber mitlesen.

9. Glauben Sie, dass andere Menschen in einer ähnlichen Situation wie Sie mit dem Fragebogen zurecht kommen?

ja    weiß nicht    nein

10. Ist Ihnen irgendetwas aufgefallen, was man an dem Fragebogen verbessern könnte?

ja    weiß nicht    nein

Wenn ja: Was?

**ANHANG VIII****Short-Form 36 (SF 36; Bullinger & Kirchberger, 1998)**



1234567891Pseudonym

## Fragebogen zum Allgemeinen Gesundheitszustand SF 36

### Selbstbeurteilungsbogen

In diesem Fragebogen geht es um die Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Der Bogen ermöglicht es, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen.

Bitte beantworten Sie jede der Fragen, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten die Zahl im Kästchen ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft. (Beispiel: )

	Ausgezeichnet	Sehr gut	Gut	Weniger gut	Schlecht
1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im allgemeinen beschreiben?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

	Derzeit viel besser	Derzeit etwas besser	Etwa wie vor einem Jahr	Derzeit etwas schlechter	Derzeit viel schlechter
2. Im Vergleich zum vergangenen Jahr, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Im folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben.	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
3. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?			
3.a anstrengende Tätigkeiten, z.B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3.b mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3.c Einkaufstaschen heben oder tragen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3.d mehrere Treppenabsätze steigen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3.e einen Treppenabsatz steigen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3.f sich beugen, knien, bücken	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3.g mehr als 1 Kilometer zu Fuß gehen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3.h mehrere Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3.i eine Straßenkreuzung weit zu Fuß gehen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3.j sich baden oder anziehen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

123456789123456789123

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund ihrer <b>körperlichen</b> Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?	Ja	Nein
4.a Ich konnte nicht <b>so lange</b> wie üblich tätig sein	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
4.b Ich habe <b>weniger geschafft</b> als ich wollte	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
4.c Ich konnte <b>nur bestimmte Dinge</b> tun	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
4.d Ich hatte <b>Schwierigkeiten</b> bei der Ausführung	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund <b>seelischer</b> Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?	Ja	Nein
5.a Ich konnte nicht <b>so lange</b> wie üblich tätig sein	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
5.b Ich habe <b>weniger geschafft</b> als ich wollte	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>
5.c Ich konnte nicht so <b>sorgfältig</b> wie üblich arbeiten	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>

	Überhaupt nicht	Etwas	Mäßig	Ziemlich	Sehr
6. Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>

	Keine Schmerzen	Sehr leicht	Leicht	Mäßig	Stark	Sehr stark
7. Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	<input type="text" value="6"/>

	Überhaupt nicht	Ein bißchen	Mäßig	Ziemlich	Sehr
8. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>

123456789123456789123

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen 4 Wochen gegangen ist. (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile die Zahl an, die Ihrem Befinden am ehesten entspricht). Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen	Immer	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie
9.a ... voller Schwung?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
9.b ... sehr nervös?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
9.c ... so niedergeschlagen, dass Sie nichts aufheilen konnte?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
9.d ... ruhig und gelassen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
9.e ... voller Energie?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
9.f ... entmutigt und traurig?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
9.g ... erschöpft?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
9.h ... glücklich?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
9.i ... müde?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

10. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche der Freunde, Verwandten usw.) beeinträchtigt?	Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Inwieweit trifft jede der folgenden Aussagen auf Sie zu?	trifft ganz zu	trifft weitgehend zu	weiß nicht	trifft weitgehend nicht zu	trifft überhaupt nicht zu
11.a Ich scheine etwas leichter als andere krank zu werden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11.b Ich bin genauso gesund wie alle anderen, die ich kenne	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11.c Ich erwarte, dass meine Gesundheit nachlässt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11.d Ich erfreue mich ausgezeichneter Gesundheit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**Vielen Dank.**

© by Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG. Nachdruck und jegliche Art der Vervielfältigung verboten. Best.-Nr. 01 195 05  
Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Hogrefe Verlages im Rahmen des Behandlungsprogramms DMP.  
Vervielfältigung und Nutzung außerhalb des DMP sind nicht gestattet.

**ANHANG IX****Mini-Mental Status Test (MMST; Folstein, Folstein & McHugh, 1975)**

**Mini-Mental-Status-Test MMST**

Name \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_ Jahre

Testdatum \_\_\_\_\_ Geschlecht: männl.  weibl. 

Schulbildung \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

**1. Orientierung**

- |                                    | Score                    |
|------------------------------------|--------------------------|
| 1. Jahr                            | <input type="checkbox"/> |
| 2. Jahreszeit                      | <input type="checkbox"/> |
| 3. Datum                           | <input type="checkbox"/> |
| 4. Wochentag                       | <input type="checkbox"/> |
| 5. Monat                           | <input type="checkbox"/> |
| 6. Bundesland/Kanton               | <input type="checkbox"/> |
| 7. Land                            | <input type="checkbox"/> |
| 8. Stadt/Ortschaft                 | <input type="checkbox"/> |
| 9. Klinik/Spital/Praxis/Altersheim | <input type="checkbox"/> |
| 10. Stockwerk                      | <input type="checkbox"/> |

**2. Merkfähigkeit**

- |             |                          |
|-------------|--------------------------|
| 11. „Auto“  | <input type="checkbox"/> |
| 12. „Blume“ | <input type="checkbox"/> |
| 13. „Kerze“ | <input type="checkbox"/> |

Anzahl der Versucher bis zur vollständigen Reproduktion der 3 Wörter: **3. Aufmerksamkeit**

- |          |                          |
|----------|--------------------------|
| 14. „93“ | <input type="checkbox"/> |
| 15. „86“ | <input type="checkbox"/> |
| 16. „79“ | <input type="checkbox"/> |
| 17. „72“ | <input type="checkbox"/> |
| 18. „65“ | <input type="checkbox"/> |

In Ausnahmefällen alternativ bei mathematisch ungebildeten Personen:

- |                                       |                          |
|---------------------------------------|--------------------------|
| 19. o - i - d - a - r (max. 5 Punkte) | <input type="checkbox"/> |
|---------------------------------------|--------------------------|

**4. Erinnerungsfähigkeit**

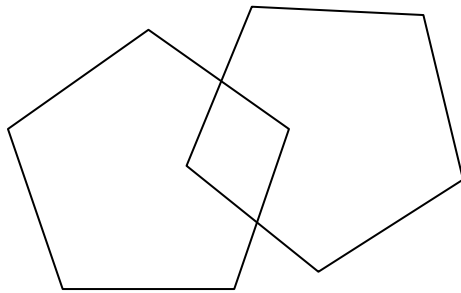
- |             |                          |
|-------------|--------------------------|
| 20. "Auto"  | <input type="checkbox"/> |
| 21. "Blume" | <input type="checkbox"/> |
| 22. "Kerze" | <input type="checkbox"/> |

**5. Sprache**

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 23. Armbanduhr benennen   | <input type="checkbox"/> |
| 24. Bleistift benennen  | <input type="checkbox"/> |
| 25. Nachsprechen des Satzes:<br>„Sie leiht mir kein Geld mehr“  | <input type="checkbox"/> |
| 26. Kommandos befolgen:<br>-Blatt Papier in die rechte Hand,<br>-in der Mitte falten,<br>-auf den Boden legen | <input type="checkbox"/> |
| 27. Anweisung auf der Rückseite dieses Blattes<br>vorlesen und befolgen                                       | <input type="checkbox"/> |
| 28. Schreiben eines vollständigen Satzes<br>(Rückseite)   | <input type="checkbox"/> |
| 29. Nachzeichnen (s. Rückseite)   | <input type="checkbox"/> |

Gesamtpunktwert:

Bitte schließen Sie die Augen!



**ANHANG X****Studie 1: Qualitative Interviews zur subjektiven Perspektive auf Lebensqualität multimorbider älterer Menschen –  
Transkripte der Interviews**

**ID 12102**

*Frage 1: Was kommt Ihnen in den Sinn, wenn Sie den Begriff „Lebensqualität“ hören?  
Oder anders: Können Sie mir beschreiben, was für Sie Lebensqualität ausmacht?*

Es...Ich würde sagen, es ist eine gewisse Selbstständigkeit auch motorisch und intellektuell. Also ich möchte nicht irgendwie am Rande stehen, sondern ich möchte, obwohl ich ja nun schon nicht mehr so ganz tauf frisch bin, trotzdem im Leben mitspielen. Das heißt nicht, dass ich also unbedingt eine führende Rolle einnehmen möchte. Das habe ich lange genug gemacht. Also jetzt will ich meine Ruhe haben. In dieser Beziehung. Es bleibt ja trotzdem für mich viel noch zu tun, was mir manchmal leichter manchmal etwas schwerer fällt. Aber zur Lebensqualität gehört für mich eben auch selbst sagen zu können: das gefällt mir, das gefällt mir nicht. Ich bin neugierig oder wissbegierig muss man da wohl eher sagen. Ich möchte auch immer am Ball bleiben. Und das vor allem eben in kultureller Hinsicht. Und dazu bin ich ja zum Beispiel hier in dieser Seniorenuniversität. Da nehme ich einfach teil, weil, auch wenn die Themen manchmal sehr weit gefächert sind, es ist immer etwas dabei, was mich interessiert. Mehr oder weniger. Ich nehme es erstmal zur Kenntnis. Und im Bezug auf Fernsehen sind nicht etwa irgendwelche Krimis oder solche Soaps. Das habe ich nicht drauf. Sondern eben wir, auch mein Mann, der übrigens auch Arzt ist oder war. Wir sind naturwissenschaftlich erstmal ja sowieso vorgebildet. Aber eben auch nach wie vor sind wir immer am Ball. Und sonst Literatur gehört für mich dazu. Sie haben vielleicht gesehen (*zeigt auf Bücherregale*). Das ist 2%. Wir lesen viel. Also das gehört dazu. Lesen, Theater, Konzert. Einer unserer Söhne ist Musiker. Also nicht...Der hier (*zeigt auf Photo des Sohnes*). Und...ja...Ich bin zum Beispiel sehr froh an diesen Vorlesungen und auch an der Sommeruniversität immer teilnehmen zu können. Und vor allen Dingen bei diesen Kursen bei Frau N. Es gibt so ein paar Bereiche, für die ich sonst keine Zeit hatte, als ich noch gearbeitet habe. Zum Beispiel mich mit was ist Kunst? Wie wird die definiert? Was versteht man unter dem oder jenen? Das will ich jetzt lernen. Also da bin ich eisern. Ja und das ist Lebensqualität für mich. Ja. Mehr fällt mir im Augenblick nicht ein. Kommt vielleicht noch.

*Frage 2 Wenn Sie über ihr jetziges Leben als Ganzes nachdenken, was Sie macht ihr Leben schön? Was trägt zu Ihrer Lebensqualität bei? Sagen Sie einfach alles was Ihnen einfällt!*



Schön macht es, dass ich noch leben kann. Dass ich mich also auch noch voll bewegen kann und verreisen und außer die Nase in die Bücher zu stecken, eben auch sonst kucke, was ist noch. Und wirklich bereichert hat mich auch, dass wir äh, dass ich da in diesen Kursen. Bei denen (*zeigt auf Broschüre der Seniorenuniversität*) und bei Frau N. gleich gesinnte Damen gefunden habe, die mit denen wir uns austauscht. Man sich also außer diesem häuslichen Kreis. Die Kinder sind weg. Mein Mann...ja...ich mein, der ist zwar immer da, aber er ist körperlich nicht so sehr beweglich mehr. Und äh er liest möglichst sechsundzwanzig Stunden am Tag. Und äh ja. Also dass ich da auch noch einen weitere Kreis hab. Dass wir uns auch...Es ist so mit diesen Damen, wenn...in der Sommerpause, da finden wir alle, wir sind also fünf oder sechs. Dass das also so nicht geht. Wir müssen uns doch wieder mal sehen. So dass wir also auch entweder die eine hat einen Garten. Sie sagt kommt mal alle zu mir, wir machen mal einen schönen Nachmittag. Oder hier da ist ein Konzert oder da ist eine Ausstellung wir gehen mal zusammen hin. Also dass wir...dass ich außerhalb des häuslichen Kreises noch so viele Kontakte habe, dass wir also auch gemeinsam äh also gemeinsame Interessen haben. Und das gehört für mich auch wirklich dazu.

*Interviewer: Und da unternehmen Sie also vor allem kulturell viel?*

Ja, Ja. Also zu irgendwelchen Konzerten. Oder wir...äh bei Frau N. ist das so in diesem Kunstgeschichte. Sie organisiert auch immer irgendwelche Exkursionen. Größere Exkursionen. Also jetzt nächste Woche fahren zwanzig aus dem Kurs nach K.

*Interviewer: Ach so. Richtig groß?*

Richtig groß. Ja, ja. Also nicht so bloß so mal...Also bei einem Tag hier ist Treffpunkt Museum und wir sprechen über dieses oder jenes Thema. Sondern wir fahren auch mal eine Woche weg. Nach B. oder nach N. Wo waren wir denn noch? Ach eigentlich jedes Jahr irgendwo. Ach in W. waren wir vorige Woche zehn Tage. Ja und jetzt wie gesagt K. Ich kann bloß nicht mitfahren. Das passt mit dem Termin nicht. Aber so, so ungefähr. Der Horizont ist weit. Also es nicht, dass man wenn man alt ist so sagt, na ja es wir immer weniger. Also diese Mauern versuchen wir einzureißen.

*Interviewer: Das klingt fast nach dem Gegenteil. Dass Sie sich noch mal in Richtungen erweitern, die sie vorher gar nicht so...*

Ja, ja also wie gesagt. Es ist vieles wozu ich früher nicht gekommen bin. Ich hätte irgendwie... Ins Museum sind wir immer gegangen. Schon mit den Kindern. Also da ging von vornherein. Also hier ist eine Ausstellung. Da gehen wir hin. Und äh...aber es ist alles nicht so intensiv gewesen. Wir haben also einen Haufen Bücher. Vor der Wende kam man ja auch nicht weg. Aber da haben wir eben über Museensammlungen und so was. Das hat man dann zu Hause angekuckt. Aber das ist alles nicht so. Manchmal braucht man eben doch eine sachkundige Führung. Und auch mal hingewiesen werden auf dieses oder jenes Problem. Oder kucken sie sich das mal an. Man kann das so sehen oder anders. Also das ist was ich liebe.

*Interviewer: Ihre Kinder leben die in B. oder in der Umgebung?*

Die Tochter ist Krankenschwester und hat im R. einen Hauspflagedienst. Also einen eigenen. Und der eine Sohn ist Mitglied in der Staatskapelle bei ((B.))...also in der Staatskapelle B. Und der andere ist technisch sehr begabt. Der ist äh hat sich jetzt vor kurzem selbstständig gemacht mit einer Tiefbaufirma. Das sind die Drei.

*Interviewer: Die Tochter im R. ist ja relativweit weg. Aber sonst, Ihre Söhne treffen...?*

Also meine Mutter lebt noch. Die ist vierundneunzig und jetzt seit zwei Jahren auch in D. Also im R. in einem Seniorenstift. Und die ist ja na ja altersdement. Und ich fahre also sehr häufig da hin. So alle sechs Wochen. Vier Wochen manchmal. Und dann besuche ich natürlich auch die Tochter. Da wohne ich ja dann auch. Ja also da bin ich die Tochter ist ja. Die hat selber zwei Töchter. Hier die (*zeigt auf Photos*). Aber die sind ja jetzt auch schon zwanzig und dreiundzwanzig. Aber als die noch klein waren. Gleich nach der Wende. Die Tochter ist noch vor dem Mauerfall nach dem Westen gegangen. War das sehr schwierig. Und als ich dann aufgehört hatte zu arbeiten bin ich also sehr häufig hingefahren und habe sie da unterstützt. Aber jetzt steht sie auf den eigenen Beinen und es geht alles gut. Ja das sind so meine Verpflichtungen. Mein Mann hat den Parkinson. Und das ist...Im Augenblick geht es ihm gut. Aber ja ich muss eben doch...ich muss für ihn auch da sein.

Und das ist etwas, was zusätzlich mich beflügelt da mit den Damen noch Kontakte zu haben. Mein Mann weiß es auch. Der hat da auch nichts dagegen. Und wenn wir irgendwie mal verreisen. Wir waren mal alle zusammen. Die Damen an der Loire. Die Schlösser der Loire. Über das Reisebüro. Da ist mein Mann mitgefahren. Das ist also kein...nicht das Problem. Und ja also wenn ich dann sage: „Also heute habe ich Vorlesung, Du machst Dir selber Mittag oder mach Dir das warm. Ich geh nachher mit den Damen essen“. Das ist so ganz selbstverständlich. Wir gehen dann immer dienstags gehen wir zusammen Mittag essen. Und da wird dann erzählt. Ja wie das so ist.

*Frage 3 Was macht Ihnen das Leben schwer? Was wirkt sich negativ auf Ihre Lebensqualität aus? Sagen Sie wieder alles was Ihnen dazu einfällt!*

Ja, die Erkrankung meines Mannes ist schon ein Handicap. Ja also manches muss eben doch auch zurückstecken und sagen, also das geht jetzt halt nicht mehr. Ja also das ist schon. Und sonst na ja die Begrenzung liegt zum Großteil eben auch in den Finanzen. Denn wir sind alle beide Ostärzte mit entsprechend weniger Rente. Das ist ja...Ich weiß nicht. Aber sicher wissen sie, dass die Ärzte in der DDR Angestellte waren und die Renten nach diesen Verhältnissen zugeschnitten werden. Und da muss man eben manchmal sagen „Das geht halt nicht“. Und ich war ... habe sowieso etwas kürzer gearbeitet als mein Mann. Ich...als die Kinder klein waren, habe ich gar nicht gearbeitet. Da bin ich zu Hause geblieben. Der Kleinste war sowieso immerzu krank. Also es ging nicht. Das sind natürlich Jahre die mir jetzt auch bei der Rente fehlen. Das ist klar. Na ja, aber was nicht geht, geht eben nicht. Da muss man dann halt sehen bis dahin kann ich mit und...Wir sind bei diesen fünf, sechs Damen sind Westberlinerinnen, Beamte Westberlinerinnen dabei und die fahren natürlich da und dort hin. Aber da freue ich mich, dass die das können. Das ist also nicht irgendwie so ein Neidfaktor oder so was. Das kenn ich sowieso nicht. Ich freue mich, dass die das können. Und ich kann das eben nicht. Na ja, ist nicht weiter schlimm.

*Interviewer: Das ist ja eine gute Einstellung.*

Das hilft. Denn das war...wissen sie in der DDR man konnte unterschiedlich unzufrieden sein. Wenn man immer sich...Mal ein ganz einfaches Beispiel. Wenn ich jetzt mal nicht

weiß, was ich zum Mittag kochen soll, dann gehe ich eben mal durch die Kaufhalle und kuck, was gibt es überhaupt ach das und das könntest Du heute mal machen. Das war ja in der DDR ja nicht möglich. Beziehungsweise es war nur so, dass man da zwar auch gegangen ist und kuckt, was gibt es denn überhaupt. Gibt es was, kann ich heute was kochen, was schmeckt. Also irgendwas, sich was vornehmen, also heute machst Du mal Ente oder so. Gab keine Ente. Das könntest Du nichts machen. Das war also völlig gestrichen. Ente gibt es nicht. Aus. Wenn man dann aber an diesem Tag dann sagt ganz großer Mist und so und dieses gab es ja immer noch. Das sind so Kleinigkeiten. Das es nicht gab das gab es halt nicht anders. Augen zu und durch.

*Frage 4 Wenn Sie nochmals an all die guten und schlechten Dinge in Ihrem Leben denken, die Sie mir gerade geschildert haben: Gibt es da etwas, das für Sie das Allerwichtigste ist?*

Wissen sie das kann ich jetzt nicht. Es war in meiner beruflichen Laufbahn. Ich war ich sag immer: „in meinem früheren Leben“ war ich Gynäkologin. Und war das sehr gerne. War das echt sehr, sehr gerne. Und dann sind wir...Das war in T. Und dann sind wir nach R. gezogen. Weil mein Mann so die Ambitionen hatte in die Tropenmedizin zu gehen. Na ja, da habe ich gesagt OK ich gehe mit. Wir hatten damals nur eine Tochter. Diese eine Tochter. Die anderen beiden sind ja Söhne. Die Familie geht eben mit. Hat ich mir da so gedacht. Und da kriegte ich in R. keine Stelle. Das gab es ja damals auch. Und dann kamen noch zwei Söhne und der Jüngste immerzu krank. Ich musste also zu Hause bleiben. Keinen Krippenplatz. Der war gar nicht krippenfähig. Das ging nicht. Ich musste also zu Hause bleiben. Und dann mit drei Kinder und mit einem der sich dann zwar erholt hatte. Das war dann also so, dass als er in die Schule kam, eigentlich nicht mehr so viel krank war. Aber eine Arbeit mit Patienten das war nicht möglich. Weil wissen sie man kann zwar eine theoretische Arbeit mal auch weglegen, aber man kann die Patienten nicht weglegen. Und dann habe ich noch mal einen Anlauf genommen und habe mit vierzig noch einen zweiten Facharzt angefangen. Und bin dann also Fachärztin für Mikrobiologie geworden. Mein Mann ist auch Mikrobiologe. Ja und das war bitter. Das war sehr bitter. Mal ganz davon abgesehen, dass es natürlich auch nicht so ganz einfach war. Ja aber ich habe also nicht gedacht, ach Du bist zu alt oder so. Das habe ich eigentlich nie gedacht. Ich habe die Ärmel aufgekremgelt und dann ging es los. Aber Laborarbeit.

*Interviewer: Ganz was anderes.*

Das war ganz schlimm. Das war also wirklich eine ganz unglückliche Zeit für mich. Ich bin dann bei der ersten Gelegenheit bin ich aus dem Laborbereich ausgestiegen und bin in die Hygieneinspektion gegangen. Das wird ihnen jetzt auch nichts sagen. Das war in der DDR war die ganze Säule Hygiene mit allen also was Ernährung, Kommunalhygiene, Seuchenschutz das war, war ein äh...ja Komplex. Der heute ja aufgeteilt ist. Die Lebensmittelüberwachung haben die Tierärzte und Umweltschutz macht ...ja? Es bleibt also für die Hygiene nicht allzu viel übrig. Das war in der DDR anders. Da musste ich mich ja dann noch mal auf den Hosenboden setzten. Denn Mikrobiologie alleine reicht da nicht. Ich habe dann zwar keinen Facharzt für Hygiene mehr gemacht. Aber ich habe eine Inspektion geleitet 30 Jahre lang. Und nach dem Mauerfall als dann alles neu geordnet wurde. Da habe ich mit einem Mal gemerkt, Mensch also irgendwie, das kapiert Du jetzt nicht mehr. Das ist zuviel Schreibung. Und die ganze Selbstständigkeit war weg. Ich hatte mit einem Mal einen Amtsarzt vor der Nase. In der DDR war ich praktisch der Amtsarzt für den Bereich Hygiene. Und da war ich dann froh, dass ich sechzig war und aufhören konnte. Ja also da muss ich sagen, also das war damals eine schwierige Zeit. Also, das waren so zwei ganz schwierige Abschnitte. Einmal aus der Klinik raus und dann dieser na ja also der Neuanfang der war sicher der war nicht leicht. Aber so negativ habe ich das nicht gesehen. Wir wohnten damals noch in R. und sind nach B. gezogen wegen des Jüngsten. Der hat also das Klima da nicht vertragen. Sondern... In B. ging es dem immer gut. Mein Mann hatte dann hier eine Abteilungsleiterstelle. Er war in R. war er an der Uni. Na ja ich wollte immer nicht nach B. Mir war B. ... Aber inzwischen möchte ich da nicht mehr weg. Das waren so die... Ich weiß nicht, ob das die Antwort auf die Frage ist, die sie gestellt haben.

*Interviewer: Ich will noch mal anders dann nachfragen. Auf Ihre momentane Situation bezogen gibt es da irgendwas, wo sie sagen, das ist am wichtigsten?*

Also da fällt mir im Augenblick nichts weiter ein. Ich muss sagen...denn so wie das jetzt läuft, bin ich eigentlich ganz zufrieden.

*Interviewer: Gut, ja also wenn Ihnen sonst... Sie können noch mal kurz nachdenken, ob Ihnen noch irgendwas einfällt, was Sie uns gerne noch sagen wollen.*

Ja...Tja...Also...

*Interviewer: Sie müssen überhaupt nicht...*

Das ist mir ja klar. Dass ich...Aber...Mir fällt im Augenblick auch nichts ein.

**ID 21102**

*Frage 1: Was kommt Ihnen in den Sinn, wenn Sie den Begriff „Lebensqualität“ hören?  
Oder anders: Können Sie mir beschreiben, was für Sie Lebensqualität ausmacht?*

Tja, Lebensqualität. Ja, was ich jetzt hier habe. Das ist für mich die Lebensqualität. Dass ich frei bin. Dass ich, jetzt wo sie nicht mehr ist. Ja jetzt fahr ich ja überall hin. Ich fahr nach B. Kostet mich ja gar kein Geld. Ich hab ja den Schein für den ganzen Verbund B. Und dann nehm ich immer den Dicken mit. Sozusagen mein Pflegesohn und seine Freundin. Und dann fahren wir los. Da waren wir zum H.-Fest, waren wir runter. Und eben so. Ich gehe jetzt wieder angeln. Das war immer schon. Früher bin ich immer angeln gewesen vor dem Unfall. Und jetzt fahre ich wieder. Da haben sie ihn H. die haben einen schönen Behindertenangelplatz. Ich hab auch hier unten in M. an dem H.-See eine Stelle gefunden. Da fahr ich bis ran. Und dann habe ich ein Seil. Das geht so schräg runter. Hab ich ein Seil. Und dann rutsche ich auf dem Hintern runter. Lass vorher das Angelzeug runter. Und zieh mich daran auch wieder hoch. Also das geht alles, wenn man nur will. Es ist meine Lebensqualität, dass ich was ich mir vornehme auch schaffen muss. Ja. Nicht sagen hier: "Nee, nee, nee, nee. Das geht nicht. Das kann man nicht." Es ist wie Onkel W. immer sagte: Junge es gibt nichts was nicht geht. Was nicht geht, wird gezogen oder getragen. Das hat er immer gesagt. Und der Meinung bin ich auch. Sonst wäre ich längst tot. Das weiß ich. Wenn ich mich so wie meine Verstorbene hingepackt hätte. Nicht jetzt wie die hier, sondern meine Erste. Ja, dann wäre ich schon längst weg. Und das will ich nicht. Ich will die lieben Mitmenschen noch ärgern. Und dann ist es schön, dass ich abends auf dem Balkon sitzen kann. Mein buntes Licht an. Da habe ich ja jetzt meinen kleinen Fernseher. Aber ich habe jetzt den anderen wieder in Ordnung gebracht. (Was ist dit? Füttern die hier oben schon wieder die Scheiß Vögel? Na ja, ist ja egal.) Na ja, das ist für mich eben Lebensqualität, dass ich das mache, was ich will und dass ich das auch erreiche.

*Frage 2 Wenn Sie über ihr jetziges Leben als Ganzes nachdenken, was Sie macht ihr Leben schön? Was trägt zu Ihrer Lebensqualität bei? Sagen Sie einfach alles was Ihnen einfällt!*

Na ja, wie ich sagte. Dass ich jetzt dass ich jetzt, dass ich das... was ich ja vorher auch gemacht hatte, wo sie noch nicht so krank war. Dass ich das jetzt intensiver machen kann. Und abgelenkt werde von verschiedenen Sachen. Das ist für mich eigentlich das Einzige.

*Interviewer: Ja, dass Sie so raus können, und?*

Genau. Ich habe da einen riesen Rollstuhl. Da habe ich damals 11.000 Mark zugezahlt. Ja, damit ich den kriege. Der fährt ja 15 Kilometer die Stunde. Und der reicht von hier bis zum Alex und zurück. Also ich habe festgestellt 53 Kilometer weit, eh er anfängt zu flackern. Und da bin ich ja immer auf Achse.

*Interviewer: Da kommen Sie ja auch richtig weit.*

Und wir haben ja die S-Bahn, wir haben hier die Straßenbahn rollstuhlgerecht, U-Bahn alles. Ich habe jede neue Strecke ausprobiert, die sie angegeben haben. Und das ist eben das was von mir für mich wichtig ist. Dass ich überall hinkomme, wo ich hin will. Jetzt will ich eine Dampferfahrt machen. Da habe ich jetzt eine Bekannte gefunden. Die sitzt zwar noch nicht im Rollstuhl, aber die ist auch bald soweit. Weil ich ja von meiner Madame den Rollstuhl behalten habe. Durfte ich ja. Und da wollen wir ... (Jetzt ist die schon wieder da. Ist egal. Das stört mich nämlich. Das Flattern hierum.) Und weil wir brauchen ja nicht den vollen Preis bezahlen. Die Begleitperson zahlt den gleichen Preis wie ich. Alles nutzen. Und wenn man für 6 Euro den halben Tag eine Dampferfahrt machen kann. Warum nicht nutzen? Geld ist zwar knapp immer zum Ende des Monats. Aber ich komm durch. Sonst ist an für sich zur Lebensqualität...Na ja, wollen wir mal sagen, dass es mir vielleicht etwas besser gehen könnte. Ja, aber es geht trotzdem.

*Frage 3 Was macht Ihnen das Leben schwer? Was wirkt sich negativ auf Ihre Lebensqualität aus? Sagen Sie wieder alles was Ihnen dazu einfällt!*

Ja, das ich nicht weiß, was im nächsten Moment passieren kann mit mir.



*Interviewer: So eine Unsicherheit einfach ein bisschen?*

Ja, ja. Das ist es. Aber sonst kann ich nicht klagen.

*Interviewer: Da würde Ihnen nichts mehr einfallen?*

Nö, das ist so ziemlich das Einzigste.

*Frage 4 Wenn Sie nochmals an all die guten und schlechten Dinge in Ihrem Leben denken, die Sie mir gerade geschildert haben: Gibt es da etwas, das für Sie das Allerwichtigste ist?*

Na, dass ich ein bisschen gesünder sein möchte. Dass es nicht ganz so hart wird. Aber sonst bin ich mit meinem Leben zufrieden. Auch wenn früher vieles, ganz hart gesagt, Scheiße war (...) Na, ich kann mich jetzt auch wieder hinstellen, aber ich darf mich nicht bewegen, weil hier die Gelenke wegrutschen. Bums...ist alles futsch und dann liege ich auf der Fresse. Och schon oft. Habe mich schon oft hingepackt.

*Interviewer: Aber Sie probieren dann auch trotzdem immer noch mal zwischendurch zu stehen?*

Ja, ja, aber das will ja nicht. Zu stehen ja, aber Bewegung geht nicht (...)

*Interviewer: Ja, dann kriegt man das natürlich auch nicht so gut hin, dann richtig die Schritte zu machen?*

Da fehlt das Gefühl. Da sage ich dann immer das Gehirn arbeitet falsch (...) Wenn ich etwas in der Hand habe und ich sehe, dann geht das ja. Aber wenn ich nehm nur und weggucke, dann fällt das raus (...) Und deswegen bin ich immer vorsichtig auch. Die haben ja schon gemeckert, warum ich nicht mal was mache hier drinne. Ich sage: Ihr braucht nicht kommen und mir was machen. Ich mach meins alleine auch (...) Wenn ich den (großen Rollstuhl) nicht hätte, dann wäre ich auch nicht mehr. Ich musste die erste Zeit mit dem hier (zeigt auf seinen kleinen Rollstuhl) fahren. Aber da schläft man ja ein unterwegs. Na, bei 6 Kilometer (...) Na ja, wollen wir mal so sagen. Ich bin mit den Umständen jetzt,

wie es ist, zufrieden. Bis auf das was ist, da wo sie nicht mehr ist, dass die Finanzen fehlen. Das sind ja auch 800 Euro, die sie hatte. Die fehlen.

*Interviewer: Das merkt man dann schon.*

Ich bin ja nicht erbberechtigt. (...) Gut, das wäre das einmal. Noch was?

**ID 21105**

*Frage 1: Was kommt Ihnen in den Sinn, wenn Sie den Begriff „Lebensqualität“ hören?  
Oder anders: Können Sie mir beschreiben, was für Sie Lebensqualität ausmacht?*

Lebensqualität ist nach meiner Ansicht alles. Das Gute und das Schöne im Leben, was uns die Natur gegeben hat und die man auch behalten möchte. Und man vermisst sie immer erst, wenn man so eine Krankheit hatte, hat wie ich, dass dann irgendwas verloren gegangen ist. Und bei mir ist was verloren gegangen, nich. Ich habe ein schönes Auto gehabt und kann nicht mehr Auto fahren. Bin immer auf fremde Menschen angewiesen. Es ist ja schon ein ganz großer Verlust der Lebensqualität. Ja und es ist natürlich schön, wenn ich einen kleinen Teil davon wiedergewinnen würde. Dann wäre ich schon froh, nich. Das fängt ja schon an mit dem Zu Bett gehen. Ich muss zu Bett gebracht werden und ich muss aus dem Bett wieder herausgeholt werden. Und naja und dann gibt es noch viele andere Probleme mit meiner Frau. Dass meine Frau auch nicht mehr die Jüngste ist. Sie ist auch schon 76 Jahre. Und sie kann mir nicht von morgens bis abends helfen. Und da ist man immer bisschen skeptisch oder man macht sich Sorgen wie es nun weiter gehen soll.

*Interviewer: Ja.*

Und diese bezeichne ich alle als Lebensqualität. Wenn die nicht mehr da,was vorher gewesen ist. Und da möchte ich erstmal abschließen.

*Interviewer: Prima. Danke schonmal.*

*Frage 2 Wenn Sie über ihr jetziges Leben als Ganzes nachdenken, was Sie macht ihr Leben schön? Was trägt zu Ihrer Lebensqualität bei? Sagen Sie einfach alles was Ihnen einfällt!*

Ich habe Sie eben nicht verstanden.

*Interviewer: Gut, ich frage nochmal. (Frage 2:)*

Meine Lebensqualität ist jetzt, wenn ich von Tag oder von Woche zu Woche schaue und etwas mir wiedergegeben wird, was ich vorher hatte, was ich vorher noch als selbstverständlich ansah, sehe ich jetzt als nicht mehr so selbstverständlich an. Und ich möchte es unbedingt wiedergewinnen. Und meine Lebensqualität ist die Freude, dass ich vorwärtsgekommen bin bis jetzt. Und das möchte ich nicht verlieren. Und ich übe und trainiere auch fleißig, dass es so bleibt. Ich hatte jetzt vorige Woche einen Leistungsabfall nach bis runter bis 0 kann man sagen. Da war mir schon so schlecht zu Mute, dass ich beinahe verzweifelt bin, ja. Alles, was ich in den vorigen Wochen oder was sich angesammelt hatte an wiedergegebener Lebensqualität war mit einem Schlag weggewesen. Ich konnte nicht mehr aufstehen. Ich konnte nicht mehr nach mich rumdrehen im Bett. Sozusagen. Alles. Und das Laufen am Tag, was ich am Tag vorher gelaufen bin. Das war am nächsten Tag, also an dem schlechten Tag, den ich hatte, so schlecht gewesen, dass ich beinahe verzweifelt bin. Aber dann bin ich früh schlafen gegangen. Und man sagt ja immer, die älteren Menschen leiden ja immer unter dem Wetter so sehr. Da habe ich gedacht, naja, das Wetter wird Schuld gehabt haben. Und Wetter war auch nächsten Tag besser gewesen. Und ich fühlte mich auch besser und da war ich unheimlich dankbar gewesen, dass ich einigermaßen wieder davon gekommen bin.

*Interviewer: Ja, dass das nicht dauerhaft zurückgegangen ist.*

Dass hat mir auch Mut und Hoffnung gegeben dann auf die nächste Zeit, ne.

*Interviewer: Können Sie mir ein Beispiel sagen, von den Dingen, die Sie gerne wieder können möchten, an denen Sie üben?*

Ja, ein ganz großes Beispiel. Ich bin ein ganz großer Sportfanatiker. Ich bin früher jahrelang zum Fußballverein Hertha BSC gelaufen und war da immer Stammkunde gewesen. Ob es zweite Liga oder erste Liga war. Ich war immer da gewesen. Und das habe ich nachher, als der erste Schlaganfall anfang, 1982, war das alles nicht mehr so gut gewesen mit dem Laufen. Da ist mir das Laufen schwer gefallen. Und da hatte ich auch in der linken Wade ne Durchblutungsstörung. Die hat mir auch zu schaffen gemacht. Und dann konnte ich nicht mehr zum Fußballstadion hingehen, weil mir es zu schwer war da hinzulaufen. Man muss ja immer ein Stückchen laufen. Und wenn man mit dem Auto

hinfährt, muss man auch einen Parkplatz sich suchen. Und vom Parkplatz zum Stadion laufen. Das war mir alles zu schwer gewesen. Da hatte ich mir Premiere angeschafft und hab zu Hause die Fussballspiele Hertha BSC gesehen, nich. Und außerdem vermisse ich auch sehr, was man eigentlich nicht als Lebensqualität bezeichnen sollte. Aber es ist ne gewissen Lebensqualität. Es ist ja auch ein bisschen Bequemlichkeit auch. Das Auto vermisse ist sehr. Seitdem das Auto weg ist. Es ist aber inzwischen ein Unfall gewesen, aber ohne meine Schuld. Und naja da war das schon einen Schritt rückwärts gewesen.

*Interviewer: Ja. Fällt Ihnen sonst noch da was ein?*

Bitte?

*Interviewer: Fällt Ihnen sonst noch was ein? Wo Sie sagen, dass das eben was schönes ist, wo Sie wieder drauf hinarbeiten?*

Ja, zurzeit mit der linken Hand mit dem Orgelspielen, ne. Das möchte ich unbedingt mal wieder können. Weil ich jeden Tag gespielt habe. Immer, nich. Ich spiele auch jetzt immer noch. Naja. Und die Sexualität auch. Die fehlt mir auch sozusagen. Ich bin ja jetzt impotent geworden. Und äh. Hab auch noch ein bisschen Gefühle für das andere Geschlecht sozusagen. Aber selbst nicht mehr, nee. Und das ist eigentlich ein ganz großer Verlust der Lebensqualität.

*Interviewer: Ja, das kann ich mir vorstellen.*

Also das möchte ich als Beispiel jetzt sagen. Gut, dass Sie danach gefragt haben.

*Interviewer: Dankeschön.*

Kann ich mal jetzt unterbrechen, mal?

*Interviewer: Natürlich.*

[Ca. 5 Minuten Unterbrechung, da ST im Videotext etwas nachliest.]

*Frage 3 Was macht Ihnen das Leben schwer? Was wirkt sich negativ auf Ihre Lebensqualität aus? Sagen Sie wieder alles was Ihnen dazu einfällt!*

Was das Leben schwer macht. Ja zur Zeit, im Augenblick...Dass ich wie ein gefangener Vogel in der Wohnung sitze hier. Wie sagt man, wie ein Vogel im Käfig und nicht mit den Flügel schlagen darf sozusagen. Dass ich nicht mal runter gehen kann. Aber das ist alles schon geregelt. Das wird in gewisser Zeit geschehen. Wir haben so einen Abholdienst schon startklar gemacht. Und ich war jetzt noch vom 5.1. bis jetzt nicht ein einziges Mal unten gewesen. Das liegt daran, dass das große Problem bei uns hier ist, dass wir 4 Treppen wohnen und keinen Fahrstuhl haben. Das ist das große Problem und das macht mir das Leben ein bisschen schwerer. Aber andersrum bin ich auch wieder dankbar, dass ich mit 78 Jahren noch so einigermaßen bei Verstand und sozusagen auch bei körperlicher Gesundheit bin, wenn der Schlaganfall nicht gewesen wäre.

*Interviewer: Fällt Ihnen sonst noch etwas ein?*

Eigentlich nicht. Ich bin noch sehr zeitbewusst und ich ärgere mich über manche Sachen in der Politik sozusagen. Und dass es mit Deutschland soweit gekommen ist, das ärgert mich auch sehr, weil ich nun mal immer informiert gewesen bin, über alle Sachen und so sozusagen. Am öffentlichen Leben, naja so kann man das nicht sagen. Naja, immer alles mit großem Interesse verfolgt hat. Naja, nun momentan ist es ja mit Deutschland nicht so gut. Andere Sachen nicht, wüsste ich nicht.

*Frage 4 Wenn Sie nochmals an all die guten und schlechten Dinge in Ihrem Leben denken, die Sie mir gerade geschildert haben: Gibt es da etwas, das für Sie das Allerwichtigste ist?*

Dass ich wieder laufen kann. Dass ich meiner Frau helfen kann, dass sie entlastet wird. Das wäre für mich das Allerwichtigste. Ich mache mir ja auch Sorgen um ihre Gesundheit. Sie ist ja erstmal auch schon beinahe mein Alter und zweites Mal körperlich so kaputt. Die hat so viele Operationen hinter sich mit den Füßen, ja. Und wenn man einem anderen Menschen hilft, dann muss man ja auch ein bisschen selbst gesund sein, nicht? Und wenn man selbst krank ist... Und ich sehe eigentlich mit etwas Besorgnis der Zukunft entgegen sozusagen. Was soll das werden, nächstes Jahr oder wann? Was soll das werden, wenn ich

nicht laufen lerne, nicht? Dann soll es so weiter gehen? Das kann höchstens noch ein Jahr dauern, dann kann Sie vielleicht auch nicht mehr. Das ist meine größte Sorge. Ja, das ist alles.

**ID 21107**

Also das hatte ich Ihnen ja schon gesagt: Theater und Konzertbesuche, nich das war bisher noch kein Mal der Fall. Ich habe immer Abonnements gehabt in der Philharmonie.

*Interviewer: Und das fällt jetzt weg. Da können Sie mir gleich... Die dritte Frage geht genau auf so was ein. Dann können Sie mir auch, wenn Ihnen noch mehr dazu einfällt, das noch mal sagen. Ich würde gern mit einer anderen Frage anfangen, die ein bisschen allgemeiner ist.*

*Frage 1: Was kommt Ihnen in den Sinn, wenn Sie den Begriff „Lebensqualität“ hören? Oder anders: Können Sie mir beschreiben, was für Sie Lebensqualität ausmacht?*

Na dass es ein Zustand ist und dass man sich wohl fühlt. Zum Beispiel wenn ich Musik höre. Aber bitte Musik hören ist was ganz anderes als selbst Musik auszuüben. Ich habe gebratscht und Klavier gespielt habe ich auch. Und das geht natürlich jetzt überhaupt nicht mehr. Nichts mehr geht mehr. Und Sport habe ich auch getrieben. Tennis habe ich gespielt und dass ist eben natürlich auch nicht mehr möglich. Autofahren geht auch nicht. Auch das würde ich noch als zur Lebensqualität; dass man seine Freude hat, Abwechslung hat. Und so wird eben; also das Leben ist eben etwas eingeschränkter. Und so am Sonnabend und Sonntag sitze ich dann immer allein hier. Das ist natürlich auch keine gewaltige Lebensqualität. Da würde ich mich über etwas mehr Besuch schon ganz schön erfreuen, nich?

*Interviewer: Ja, das kann ich mir vorstellen.*

Wobei das allerdings so ist, wenn die Krankenschwestern kommen, das ist so die einzige Abwechslung die ich habe, die manchmal ja eben auch sehr schön sein kann, nich? Wie zum Beispiel die Schauspielerin, mit der macht es ja eben Spaß, nich? Und jetzt habe ich eine ganze Woche mit Ihr zusammen. Immer am Abend. Und die D., die kennen Sie ja auch.



*Interviewer: Ja genau.*

Die finde ich ja natürlich auch nett. Wir begrüßen uns immer. Ich mach einen Knicks, ne Quatsch sie macht nen Knicks und ich mach nen Diener. Und genauso begrüßen wir uns mit der Schauspielerin.

*Interviewer: Ach, das ist ja schön.*

*Frage 2: Wenn Sie über ihr jetziges Leben als Ganzes nachdenken, was Sie macht ihr Leben schön? Was trägt zu Ihrer Lebensqualität bei? Sagen Sie einfach alles was Ihnen einfällt!*

Na Musik, also auch im Fernseher eben. Es bleibt mir ja nichts anderes übrig als auf den Fernseher auszuweichen, nich? Und dann Sport. Auch da sieht man ja Sport. Zum Beispiel Fußball. Bin ich ja interessiert jedenfalls, besonders, was Hertha angeht, nich?

*Interviewer: Fällt Ihnen noch was ein? Musik und Sport ansehen oder wo sie sagen...*

Das wäre natürlich auch... Wissen Sie, wenn ich zum Beispiel einmal verreisen würde, das wäre natürlich auch sehr schön, weil es auch bisher noch nicht erfolgt ist. Und ich schon seit 3 Jahren ungefähr habe ich keine Reisen und nichts mehr gemacht. Das heißt also eigentlich schon länger noch länger.

*Interviewer: Also, das würden Sie auch gern noch mal?*

Ja, natürlich. Zumal ich auch noch laufen kann.

*Interviewer: Das stimmt. Fällt Ihnen noch was ein? Wo Sie sagen, dass Sie sich damit wohl fühlen oder dass Ihnen das auch irgendwie was Schönes im Leben ist?*

Das würde auch Lebensqualität bedeuten und Lebensqualität ist natürlich auch schöne Gespräche, zum Beispiel. Das ist auch nicht unwichtig.

*Frage 3: Was macht Ihnen das Leben schwer? Was wirkt sich negativ auf Ihre Lebensqualität aus? Sagen Sie wieder alles was Ihnen dazu einfällt!*

Das kann ich Ihnen sehr gut sagen. Das war. Bis vor kurzem wurde ich betreut. Ich weiß nicht, ob Sie wissen, was Betreuung bedeutet?

*Interviewer: Nein.*

Na, wenn Sie es nicht wissen. Wissen Sie zum Beispiel mein ganzes Geld: Da wurde mir alles vorgeschrieben.

*Interviewer: Ach so.*

Ich war also vollkommen beschränkt. Das fand ich un-, unglaublich. Das hängt auch mit meinem Beruf zusammen. Nicht, dass also eine Kollegin, eine Richterin, die hat mir das sehr erschwert. Das war also richtig, man kann sagen fies und unkollegial. So ist man, wenn einer selbst Richter war, dann verhält man sich da ein bisschen vorsichtiger.

*Interviewer: Sie waren auch...?*

Ich war Richter, ja, ja.

*Interviewer: Und das war jetzt bis vor einem Jahr ungefähr?*

Nein, bis vor ganz kurzem. Das ist erst. Ich bin vor kurzem erst. Da war eine große Verhandlung beim Landgericht. Und dann endlich, Gott sei Dank, fanden die es so, dass es keinen Grund gibt, dass ich betreut werden muss.

*Interviewer: Ja. Aber da waren Sie aber auch froh, dass das endlich...*

Na wissen Sie, Sie können sich gar nicht vorstellen, wie wütend darüber lange war, böse war ich darüber, wütend.

*Interviewer: Ja, das ist ja auch kein schöner Zustand.*

Nein, das ist ganz schön schlimm. Aber Sie wissen ja noch nicht, was im Einzelnen, was das bedeutet, betreut zu sein.

*Interviewer: Das kann man sich, glaube ich, auch nicht gut vorstellen, wenn man es nicht erlebt hat.*

Dass ist, wissen Sie, das heißt, da wird einem Manches eingeschränkt und zum Beispiel zu meiner Bank durfte ich nicht mein Geld abheben, so wie mir das in den Kopf kam. Stellen Sie sich das vor. Ich hab in meinem ganzen Leben lang immer selbst verdient und nun plötzlich hörte das auf. Also das hat mich ganz schön. Das fand ich ganz schön böse. Und das hat mich auch ganz schön genervt. Und deshalb war ich auch teilweise eine ganze Weile unleidlich. Aber wissen Sie, das wäre eigentlich, da muss man eine tolle Haut haben, dass man das alles so hinnimmt.

*Interviewer: Ja. Auch bei dieser Betreuung. Fällt Ihnen noch was ein, wo Sie sagen, dass das Ihre Lebensqualität einschränkt? Sie haben vorhin ja auch schon gesagt, dass Sie nicht Musik spielen können, sondern hören können.*

Ja, dass, wissen Sie alle meine Hobbys, die sind weg. Nun stellen Sie sich mal vor. Das Berufsleben das ist nun auch nicht mehr. Und alle Hobbys fallen weg. Und das was ich gedacht habe, was man später, woran ich mich erfreuen kann. Ich habe eine schöne Bratsche. Und plötzlich kann man das nicht mehr bedienen. Das ist einem vollkommen wertlos.

*Interviewer: Fällt Ihnen noch was ein, was Sie vermissen?*

Na ja, wissen Sie, viele Sachen, schöne Sachen gefallen mir. Zum Beispiel hier. Kann ich Ihnen zeigen. Schönes Porzellan. Wissen Sie, daran erfreue ich mich. Das ist Meißen. Sehen Sie mal, die hübschen Tassen. Das hat meine Mutter mir geschenkt. Und dann erfreue ich mich auch an dem Schmuck meiner Mutter. Nun brauche ich ja nun keinen

Frauenschmuck. Da habe ich eine schöne Kette, aber die kann ich natürlich nicht tragen. Da würde man denken, ich bin nicht ganz normal.

*Interviewer: Aber ansehen können Sie ihn.*

Aber ich kann. Ansehen, ja ansehen. Und hier zum Beispiel macht mir das auch Spaß [zeigt auf CD-Spieler], so schöne tonliche Sachen. Das hat mir Frau D... Wissen Sie wer Frau D. ist?

*Interviewer: Der Name kommt mir bekannt vor.*

Die Leiterin.

*Interviewer: Ja. Mit der habe ich nur...*

Eine sehr nette Frau.

*Interviewer: Mit ihr habe ich nur einmal telefoniert. Deshalb konnte ich sie jetzt nicht sofort zuordnen.*

Die hat das mir geborgt, aber bitte das ist nun nicht ganz ideal. Ich will Ihnen auch sagen, warum. Ich brauche etwas, was Ton ist. Ich liebe zum Beispiel sehr Bach. Bach und Beethoven und Mozart und Hayden. Und so was finde ich sehr schön. Und diese Musik, wissen Sie, das klingt ein bisschen blärrisch.

*Interviewer: Ah ja, das sind nicht so gute Lautsprecher.*

Nein, das ist nicht mehr so gut. Das müsste also... Und dann will ich auch noch mal... Das würde mir auch Freude machen: Computer. Wissen Sie ich habe nie... Sie haben ja wahrscheinlich eine ganze Menge mit dem Computer zusammengearbeitet. Sie sind aber auch viel jünger. Und auch in der Schulzeit werden Sie das wahrscheinlich ging es schon los in der Schulzeit.

*Interviewer: Bei mir nicht. Aber in der Generation eigentlich. Ja. Ich war ein bisschen spät.*

Sie waren ein bisschen spät. Ja sehen Sie, dass wäre zum Beispiel, das würde mich auch derzeit sehr erfreuen, nicht? So dass man ein bisschen, wo ich ja nun vieles nicht kann, dass ich dann eben. Instrumente das geht nicht und die Musik geht nicht, dass ich dann eben mit dem Computer hantieren kann, nicht? Und wissen Sie, ich kann auch nicht schreiben. Also das, Sie können sich ja vorstellen. Ich würde mir sehr gerne dadurch behelfen, dass ich eben von den Schreibzwängen etwas erlöst werde durch eben moderne Technik.

*Interviewer: Ja. Ja. Aber ist das nicht auch eventuell eine Perspektive? Dass Sie sich tatsächlich einen Computer besorgen? Das sollten sie versuchen.*

Die Lebensqualität würde dadurch erhöht werden. Durch Computertechnik.

*Interviewer: Das würden bestimmte Firmen sehr gerne hören, wahrscheinlich, was Sie gerade...*

Ja, die würden sich sehr freuen. Ich habe auch schon mit der Frau D. darüber gesprochen. Dass Sie mir dann vielleicht behilft zu so einem Gerät zu kommen. Das heißt, bezahlen würde ich es ja selbst. Aber eben...

*Interviewer: ...die Anschaffung, nicht?*

Und dann wissen Sie, ich müsste ja üben.

*Interviewer: Ja, klar.*

Das wäre ne ganze Menge Arbeit, die nötig wäre, damit ich erstmal mit der Computertechnik. Das habe ich ja noch nie in meinem Leben.

*Interviewer: Dass Sie da zurecht kommen.*

Ich bin ja zwar noch nicht uralt, aber ich habe mit Computern überhaupt noch nicht zusammengearbeitet, nie zusammengearbeitet. Und wer das nicht kennt...

*Interviewer: Da braucht man zumindest eine Zeit, um rein zu kommen.*

Na, ne ganze. Ist wohl gar nicht so leicht, oder wie sehen Sie das?

*Interviewer: Das ist natürlich schwer einzuschätzen, wenn man da so schon ein bisschen reingewachsen ist. Aber, ich würde sagen, je nachdem, was Sie machen wollen. Also um jetzt beispielsweise zu schreiben, das ist eigentlich nicht schwer. Natürlich muss man es erklärt bekommen und man muss es ein bisschen üben, das ist klar.*

Aber nun stellen Sie sich das mal vor, ich habe eben überhaupt gar keine Ahnung von der Computertechnik. Ich stehe also ganz am Anfang.

*Interviewer: Eigentlich versuchen diese Firmen auch, das immer benutzerfreundlicher zu machen. Dass man eben immer weniger wissen muss und immer mehr direkt machen kann und ausprobieren kann. Also ich denke, mit ein bisschen Übung ist das für Sie kein Problem da reinzukommen.*

Aber bitte, die bisschen Übung die müsste schon sein. Die müsste sein.

*Interviewer: Zumindest muss man einmal ein bisschen angeleitet werden. Ja, das ist schon ganz gut.*

Und so wenig eben auch nicht. Es gibt ja auch richtig Kurse.

*Interviewer: Aber das ist dann natürlich auch je nachdem, wie sehr man diese Programme ausschöpfen will, was man alles damit machen kann, braucht man dann eben auch mehr Erklärungen oder länger.*

Na, jedenfalls wäre ich dankbar. Wenn ich was mache, dann möchte ich es richtig machen. Nicht, dass man das gar nicht ausschöpfen kann.

*Interviewer: Aber es ist vieles auch so, dass wenn man einmal den Einstieg gefunden hat, dass man es sich dann auch selber beibringen kann ab einem gewissen Punkt. Wenn man weiß, wie es vom Prinzip her funktioniert.*

Aber ich will Ihnen sagen, ich bin auch technisch nicht der ... habe ich da meine Einschränkungen.

*Interviewer: Ach, solange Sie tippen können, geht das eigentlich. Wenn Sie zumindest ein paar Tasten auf der Tastatur drücken können, können Sie das schon. Sollten Sie probieren auf jeden Fall. Also, da dürfen Sie sich nicht abschrecken lassen. Gerade wenn Sie sagen, dass Sie auch gerne schreiben würden. Dann sollten Sie das auf jeden Fall probieren.*

Das ist ja auch um an Briefe zu kommen. Das sieht erstmal sehr gut aus. Und es gibt die Möglichkeit, dass wenn man einen Fehler macht, dass man diesen Fehler ausradiert. Jedenfalls kann man den beheben und es sieht immer ordentlich aus.

*Interviewer: Absolut. Das ist richtig. Ja, probieren Sie das. Auf jeden Fall, das sollten Sie machen.*

Na ja, dann sehen Sie mal hier. Und dann liebe ich es, kultiviert zu essen. Das heißt, mit schönem Geschirr. Das ist auch für mich Lebensqualität. Und wenn Sie so sehen, wie ich im Bett liege. Das will ich Ihnen auch gern mal zeigen. Das sind zwar ungewöhnliche Dinge. Sehen Sie mal hier meinen Bettbezug. Also, das bedeutet für mich auch Lebensqualität. Und dann sind es natürlich auch schöne Möbel.

*Interviewer: Aber die haben Sie ja auch.*

Na teilweise ist schon sehr schön, aber bitte, manches ist eben noch nicht so schön. Sehen Sie mal hier zum Beispiel. Das müsste mal erneuert werden. Sehen Sie da. Und dass es auch schön gefedert ist. Also ich brauch so einen Sitz, der es mir einigermaßen bequem macht, nich? Und dann Lebensqualität für mich. Das wär' zum Beispiel, will ich Ihnen auch zeigen. Ich zeige Ihnen das mal alles. Alles, was ich mache ist ungewöhnlich. Sehen Sie hier zum Beispiel. Da habe ich große Schwierigkeiten aufzuschließen, die Tür

aufzukriegen. Sehen Sie mal, jetzt will ich Ihnen mal sagen, woran das liegt. Sehen Sie mal, das ist jetzt so. Das ist also ziemlich gering der Abstand. Da hat mir die D. auch schon ein bisschen geholfen, um mal zu sehen, dass ich das auch irgendwann mal schaffen werde. Und vielleicht werde ich mir noch mal ein Auto anschaffen. Aber bitte, ein Auto von fremden Menschen, dass man da nicht selbst steuern kann, das ist ja auch nicht so ganz das Rechte. Da hoffe ich doch, dass ich das eines Tages noch mal selbst steuern kann. Ob ich das schaffe, das weiß ich nicht.

*Interviewer: Aber da arbeiten Sie ja auch mit Ihren Therapeuten dran, oder?*

Daran eigentlich nicht.

*Interviewer: Ja, das stimmt natürlich, ganz speziell nicht, aber...*

Speziell, überhaupt nicht. Und da müsste man dann wahrscheinlich dann wieder gezielt auch mit einem Fahrlehrer auch arbeiten, nicht?

*Interviewer: Ja, kann schon sein.*

Dass man dann, was man jetzt noch nicht schafft, was man vielleicht nach einer kleinen Weile etwas besser in den Griff kriegt. Und dass man mal sieht, was einem eigentlich noch fehlt. Also, und dann schöne Spaziergänge.

*Interviewer: Die können Sie auch machen.*

Nein. Das ist bis hier eingeschränkt. Das ist eingeschränkt. Das ist eben auch Lebensqualität, nicht? Und dann schöne Kleidung. Jedenfalls, dass man ordentlich zumindest ordentlich aussieht.

*Frage 4: Wenn Sie nochmals an all die guten und schlechten Dinge in Ihrem Leben denken, die Sie mir gerade geschildert haben: Gibt es da etwas, das für Sie das Allerwichtigste ist?*



Ja, das Allerwichtigste wäre zum Beispiel für mich mit den Fingern und mit den Händen. Wissen Sie ich muss angezogen werden, ausgezogen werden. Und da können Sie sich ja vorstellen, dass das nicht so sehr schön ist. Immer fummeln die am ganzen Körper rum, nich? Also so schön. Nun gewöhnt man sich dran. Was bleibt einem anderen übrig. Wenn man sich nicht helfen lassen will, na denn, hat ja auch keiner was dagegen, da kann man eben nichts machen, da wird man eben nicht angezogen.

*Interviewer: Also so, dass Sie sozusagen wieder auch mehr Unabhängigkeit bekommen.*

Also, dass wäre für mich das Allerwichtigste: Die Unabhängigkeit. Also mit dem Gehwerkzeug, mit den Fingern. Denn dadurch, dass das. Na und dann eben, dass ich das alles anziehen kann, anziehen kann und ausziehen kann. Das ist für mich, jetzt noch sehr, sehr schwer.

**ID 22109**

*Frage 1: Was kommt Ihnen in den Sinn, wenn Sie den Begriff „Lebensqualität“ hören?  
Oder anders: Können Sie mir beschreiben, was für Sie Lebensqualität ausmacht?*

Für mich selbst Lebensqualität ist einfach die Tatsache, dass ich selbst bestimmen kann, was in meinem Leben passiert. Und nicht irgendeiner mir erzählt: "Machen Sie mal dies oder machen Sie mal jenes. Oder ich schlage Ihnen das vor. Ich schlag Ihnen jenes vor." Und ich sagen kann: Lassen Sie mich einfach nachdenken. ich finde für mich eine Lösung. Das habe ich nun 60 Jahre lang getrieben und das will ich auch nicht einschränken. So lange wie es irgendwie geht will ich das beibehalten. Das ist eigentlich alles.

*Frage 2: Wenn Sie über ihr jetziges Leben als Ganzes nachdenken, was Sie macht ihr Leben schön? Was trägt zu Ihrer Lebensqualität bei? Sagen Sie einfach alles was Ihnen einfällt!*

Na zum Beispiel, dass ich jetzt wieder im Rollstuhl sitzen kann. Ich habe ja sieben Monate im Bett gelegen.

*Interviewer: Oh. Ja.*

Nun sitze ich wieder im Rollstuhl. Zwar nicht kann mich nicht alleine umsetzen. Ich werde umgesetzt. Noch. Ich arbeite daran, dass ich das demnächst alleine wieder kann. Aber soweit will ich jetzt gar nicht denken. Das ist auch nicht das Kriterium. Einfach durch die Wohnung zu fahren, zu kucken. Einfach meine Ordnung wiederherzustellen, die ich mir hier so in der Wohnung eingerichtet habe. Denn wenn fremde Leute zum Beispiel in der Küche agieren und Sie kommen nach sieben Monate da rein, haben Sie das Gefühl, Sie sind in der Rumpelkammer angekommen.

*Interviewer: Ja.*

Ja. Und das sind alles so Dinge, dass ich immer denke, ich bin da reingefahren die ersten paar Mal und dachte: Oh Gott, was ist denn hier los? Also ich habe erstmal die halbe Küche umgeräumt.

*Interviewer: Ja.*

Ich kann es einfach nicht ertragen, dass...Wissen Sie das ist, ich meine, die Leute haben keine Zeit die kommen. Nich? Die haben ihre vorgegebenen Zeiten. Und für mich ist das dann einfach so eine Art, wie soll ich das jetzt, ich will es nicht überspitzt ausdrücken, aber so ein bisschen Missachtung, von dem, was mein Leben betrifft. Wenn ich das jetzt immer so und so und so haben möchte, dann möchte ich gerne, das kann ja nicht so schwierig sein, dass dann einfach wieder beizubehalten. Anstatt nun was völlig Neues wieder anzufangen.

*Interviewer: Kamen Sie sich vor, wie in einer fremden Wohnung?*

Oh. Also wirklich. Es war nervig. Und also auch wenn ich gewaschen wurde, nich, dann wird zum Teil die Wäsche dann mitgenommen, weil die Leute wieder nicht genug Zeit hatten hier zu waschen, weil das zu lange dauert. Da ist die irgendwie wiedergekommen, war das nicht richtig weichgespült und war so fürchterlich nicht richtig weiß geworden, weil ich da so ein paar Tricks habe, wie man die Wäsche weiß kriegt. Wissen Sie, das sind alles so Dinge, das gehört zu meiner Lebensqualität.

*Interviewer: Ja.*

Wenn ich...Mir fehlen die Worte...ein Handtuch rausnehme, dann will da erstmal den Duft haben und auch eine bestimmte Griffigkeit. Ich mag so ganz weiche Handtücher nicht. Die müssen ein bisschen rubbelig sein, und trotzdem aber nicht hart. Und das ist eben, das hört sich albern an. Aber das sind so Dinge, tja, die sind, find ich wichtig für mich. Andere finden die vielleicht überflüssig, blöd, albern. Mag alles sein. Für mich ist das so eine Art Lebensqualität. Wenn ich einen Schrank aufmache, dann will ich sehen. Ah, Klasse. Dazu gehört so viel. Genauso meine Bücher. Kucken Sie, wie das wieder alles aussieht. Hier wird sauber gemacht zweimal in der Woche. Und meine Freundin, die wischt also unten

rüber. Da werden ein paar hinter geschoben, ein paar vor geschoben. Ich bin hier das erste Mal vorbeigefahren, ich habe mal gekuckt, denke: Was ist das denn? Wissen Sie, das verstehe ich dann nicht. Ich habe auch zu. Ich krieg jetzt mit ihr solche... Weil Bücher. Sie liest keine Bücher, für sie ist das eigentlich nichts. Also ich bin jetzt dabei, ich bin ja heute den ganzen Tag auf, wenn Sie weg sind und die Handwerker hier sich ausgetobt haben, werde ich bestimmt anfangen, meine Bücher zu sortieren.

*Interviewer: Ja.*

Das sind so ganz bestimmte Dinge. Nich, genauso der Schrank hier. Was habe ich geredet: Geht von diesem Glasschrank weg. Da stehen so viele Werte drin.

*Interviewer: Ja.*

Das sind zum Teil Sachen drin von meinen Eltern.

*Interviewer: Ah, ja.*

Wenn da irgendwas kaputt geht, ich glaub, ich krieg eine Krise. Das versteht keiner. Das selbe ist in der Küche. Ich habe da einen Holzschrank stehen. Auch so mit Glaseinsätzen. Da steht Geschirr drin. Da hat. Nur Essgeschirr. Da hat für 6 Personen ein Essgeschirr fast 1000 Euro gekostet. Da will ich nicht, dass da rangegangen wird.

*Interviewer: Na, klar.*

Die Schlüssel, die da drinsteht, die geht niemanden etwas an. Jetzt habe ich die Schlüssel versteckt, damit nicht aufgeschlossen wird. Wissen Sie, solche Dinge, das ist für mich Lebensqualität.

*Interviewer: Dass Sie das so haben können, wie Sie es eben wollen und sich wohlfühlen.*

Ich habe mir das irgendwann gekauft, weil ich das schön finde, weil ich das haben wollte und ich möchte nicht, dass da irgendwelche Leute dran rumfuhrwerkeln. Genauso die

Bücher, Hier stehen tausende von Mark. Ich möchte nicht, dass die Leute hier dran rumfuhrwerkeln. Sie glauben gar nicht, wie schwer das ist, den Leuten klar zu machen. Und wenn Sie dann sieben Monate im Bett liegen, und Sie mit einem Ohr kann ich ja noch ganz gut hören, denke ich mir: Wo sind Sie denn jetzt wieder? Und dann frage ich natürlich, wenn Sie zurückkommen: Haben Sie irgendwas nicht gefunden. "Nö, doch, doch. Ist alles klar." Dachte ich mir, also ich möchte nicht wissen, wo die wieder gewesen ist. Und das macht einen. Die Leute, die hier kommen, die sind ganz furchtbar nett. Wirklich wahr. Ich habe eine gute Pflege. Im Moment nicht so sehr, weil meine Hauptpflegerin ist im Urlaub. Die kommt erst Montag wieder. Aber es geht so halbwegs. Also sie ist nicht so sehr akkurat, sage ich mal. Das sind auch solche Sache. Gerade, was meinen Körper anbelangt. Ich bin ja nun leider sehr unbeweglich. Ich kann fast nichts mehr machen. Und dieser Katheter, der hier dranhängt, der muss natürlich gepflegt werden, nich? Die Einstichstelle hier oben am Bauch, das muss alles ein bisschen gepflegt werden. Da kann man einfach irgendwas draufkleben. Nach dem Motto: Hauptsache es klebt. Gestern war der Urologe hier zum Katheterwechseln. Der sagte: "Ihr ganzer Bauch ich rot. Durch die Pflaster."

Ja, Himmel Herr Gott, was rede ich mir den Mund fusselig, die sollen mit Bepanthen diese Stellen streichen, bestreichen und dann erst kleben. Ich bewege mich im Bett ja nicht doll. Das rutscht ja deswegen nicht gleich raus alles.

*Interviewer: Aber dass die Haut ein bisschen geschont ist.*

Wissen Sie, das sind alles so Dinge. Dann gehen sie weg, denke ich: Mensch, Scheibenkleister wie das hier ist. Montag geht es mir dann besser. Da ist meine D. wieder da. Und die wird erstmal versuchen, den Schaden einzugrenzen. Die ist also wirklich eine tolle Krankenschwester. Und die, die ich jetzt habe, die ist OP-Schwester gewesen. Die hat ein paar Tricks drauf. Zum Beispiel, wenn sie Haare rasieren muss, wie man die wegwriegt, dass sie nicht in die Wunden kommen, nich? Gut, das finde ich toll. Aber das interessiert mich eigentlich nicht.

*Interviewer: Ja. Das ist auch nicht so, das was jetzt unbedingt notwendig ist.*

Wissen Sie, das sind so Kleinigkeiten. Und wo ich manchmal dann eben denke, es wird Zeit, dass ich wieder rauskomme. Es wird wirklich Zeit. Es sind so viele Dinge. Es wird auch alles irgendwo hingestellt. Vor allen Dingen. Beim Bücherregal ist ja nun alphabetisch sortiert. Nicht nach Fachgebieten, sondern. Fachgebiete in sofern, draußen auf dem Korridor stehen Sachgebiete und hier drin ist Prosa. Und das ist nach Alphabet. Also ist es doch eigentlich nicht schwer, wenn ich sage: "Kannst Du das Buch wieder zurückstellen. Das fängt mit S an." Dann steht's bei B. Dann sage ich: "Komisch". Wissen Sie, so was. Alles Kleinigkeiten. Nur insgesamt gesehen, wird es ein richtiger Berg.

*Interviewer: Ja, und das ist ja auch alles so was einem gibt, das möchte man ja auch gerne so machen, wie man es eben selber macht. Und wenn das so entzogen ist.*

Ja richtig. Ich glaube, das würde Ihnen nicht anders gehen. Wenn Sie ein paar Monate nicht da wären und Sie kommen zurück und finden in Ihrer Wohnung überhaupt nichts mehr. Da würden Sie auch: Himmel Kreuz Donner, jetzt räume ich erstmal auf.

*Interviewer: Ja. Na klar.*

So, dann denken Sie mal, wenn Sie krank sind und nicht mehr so gut können. Das dauert dann bei mir ein bisschen länger. Zum Beispiel das war ganz merkwürdig. Vorgestern fahr ich hier los und kucke auf meinen Computer. Da auf den. Da ist ja ne Uhrzeit drauf. Normalerweise. Da ist die Uhrzeit weg. Ich frage meine Freundin: "Sage mal, wieso ist denn die Uhrzeit weg?" - "Weiß ich nicht." - "Na, B., Du musst doch irgendeinen Knopf gedrückt haben, wenn die Uhrzeit weg ist, musst Du doch irgendwo draufgedrückt haben." "Ach weißte, ich wisch hier Staub und damit hat sich das." Ja. Dachte ich: Toll. Nich, denn wenn Sie was programmieren wollen im Radiobereich müssen Sie die Uhr draufmachen. Da habe ich gewartet, bis ich die Gebrauchsanweisung. Das hatte ich längst vergessen, wie das mit der Uhrzeit geht.

*Interviewer: Aber jetzt haben Sie es wieder?*

Ja. Das ist eben. Nich, da oben liegen die Bücher, als ich mich mal für Malerei interessiert habe. Die sind krumm und schief. Ich weiß nicht, wer da oben schon wieder rumgewirbelt hat. Nich, die Bücher kosten so ein Schweinegeld, nich, diese....

*Interviewer: Diese Kunstbände*

Nich, diese Kunstbände. Die kosten so viel Geld. Also manchmal könnte ich ausrasten. Wissen Sie das klingt so ein bisschen wie. Das ist für mich so ein bisschen wie Nichtachtung. Ja? Ich meine, selbst wenn man krank ist und im Bett liegt und nun wirklich nichts mehr machen kann, heißt das ja nicht, dass ich deswegen kein Leben mehr haben möchte. Da denke ich manchmal: Ob ich mich auch so verhalten würde? Glaube ich nicht. Das kann ich mir nicht vorstellen. Ich würde zumindest fragen. Und wenn ich es eben nicht gleich finde, wo es hingehört, dann würde ich sagen: "Kann ich das irgendwo hinlegen, das Du Dir das einsortierst?" Aber einfach irgendwo hinschmeißen. Das verstehe ich nicht. Lange Rede kurzer Sinn. Das ist für mich Lebensqualität.

*Interviewer: Also, so dass Sie einfach das in der Hand haben auch.*

Ja genau, ich möchte mein Leben in der Hand behalten.

*Interviewer: Ja, und die Leute eben dann auch, wenn sie es für sie machen... Fällt Ihnen sonst noch was ein? Das war jetzt ja eigentlich schon eine ganze Menge, wo Sie sagen, das ist schön. Das macht mein Leben schön. Das trägt dazu bei.*

Na ja, Lebensqualität ist zum Beispiel auch, dass ich meine Freunde habe, ne. Es sind nicht mehr so viele wie früher logischerweise, ist klar. Weil die haben sich diskret zurückgezogen. Weil die Krankheit ist eben nicht sehr. Für jemanden, der nicht weiß, was das ist. [kurze Unterbrechung durch Telefonanruf] Dazu gehört zum Beispiel auch mein Freund, mein Lebensgefährte. Der wohnt jetzt zwar nicht. Wir wohnen, wir haben auch nie zusammen gewohnt, denn wir sind beide sehr. Tja, wie soll ich das sagen? Sehr eigenständig und sehr. Ja, wir legen beide sehr Wert auf unseren eigenen Bereich, so. Ja, so. Wir sind zwar zusammen verreist und haben uns jeden Tag gesehen. Das ist alles nicht die Frage, nur. Wir waren 22 Jahre zusammen als Liebespaar. Dann bin ich krank

geworden und dann haben wir uns heute eben geeinigt, dass wir befreundet bleiben. Die Freundschaft ist klasse. Und wir telefonieren also heute immer noch drei Mal im Monat. Mehr möchte ich auch nicht, ehrlich gesagt, weil es strengt mich sehr an das Telefon festzuhalten. Ja und denn habe ich noch meine Freundin aus dem Stock gegenüber. Hier aus dem 4. Stock. Die kenne ich auch schon seit 87.

*Interviewer: Auch ganz schön lang.*

Ja. Und die Frau die bei mir sauber macht, die kenne ich seit drei Jahren. Aber das geht auch soweit. Natürlich meine Geschwister. Einer in Hamburg, einer in Passau.

*Interviewer: Och, richtig verteilt übers Land.*

Jaja. Na, dann habe ich noch eine Freundin in der Sch.. Hier noch ein Stückchen weiter runter. W. Und habe immer noch all die Kontakte aus meinen früheren Tätigkeiten. Nich, wir telefonieren immer noch. Gerade, weil ich Gewerkschaftsfunktionärin war.

*Interviewer: Ach ja?*

Jaja. Sowohl im Betrieb, als auch im Landesvorstand, als auch im Bundesvorstand. Da gibt es immer noch einige Kontakte. Da quatscht man immer mal. Und aus meinem früheren Bereich, da gibt es eigentlich niemanden, weil die inzwischen fast alle pensioniert sind. Also, die waren alle älter als ich., die sind inzwischen alle längst, zum Teil aus Berlin auch weggezogen. Und so eng waren die Kontakte auch nicht, weil es meistens Kollegen waren, wie soll ich das sagen. Ich war auch Personalrätin. Und wenn sie dann Kontakt haben, die beschränken sich ja dann auch. Weisungsbefugte, ne? Und da gab es ab und zu auch zu knirschen. Wir haben uns zwar verstanden und wir haben uns auch tolle Briefe geschrieben. Ich habe auch einen Abschiedsbrief bekommen. Es ist fantastisch. Aber, diese Kontakte haben sich dann langsam so aufgelöst. Aber sonst. Aber wie gesagt. Es ist dann auch von mir, dass ich dann vieles nicht mehr aufrechterhalten kann, weil es mir zu anstrengend ist.

*Interviewer: Ja, klar.*



Das schaffe ich dann einfach nicht mehr. Und darum reichen mir die Kontakte, die ich jetzt habe, dicke aus. Sie sehen ja. Es gibt immer einen Kontakt und wenn es die Charité habe. Also ich habe immer Leute irgendwo so. Das war mein Leben lang schon so.

*Interviewer: Und da pflegen Sie jetzt auch lieber die, die Sie haben.*

Ja, weil die auch für mich wichtig sind, nich? Die brauche ich auch wirklich. Die K. kommt so oft rüber. Hier aus dem 4. Stock. Ich habe früher hier im 4. Stock gewohnt. Und, nich, da kommt sie ab und zu mal rüber. Da erzählen wir uns gegenseitig mal unseren Sorgen, nich? Sie hat natürlich auch welche. Bei der heutigen Finanzsituation. Das ist mit der Familie ja sowieso nicht so leicht. Die Wohnungen sind nicht sehr billig hier. Die kosten richtig ein bisschen Geld. Und da ist das für einen Alleinverdiener ab einer bestimmten Summe...

*Interviewer: Schwierig.*

Da wird es dann ein bisschen schwierig und da kommt Sie schon mal runter. Und dann sagt Sie: "Mensch wie mach ich das jetzt bloß?" Und da reden wir mal. Und das sind eben so Sachen. Kurz bevor Sie angerufen haben, hat meine Schwester angerufen. Die kommen Samstag mit Schwager. Das ist mir sehr Recht, dass der kommt, denn ich verstehe von Computern nichts und ich will auch nichts verstehen.

*Interviewer: Aber manchmal braucht man dann doch jemanden.*

Vor allen Dingen. Ich habe irgendwo. Ich weiß auch gar nicht, wie ich das hingekriegt habe. Ich hab schon mal drüber nachgedacht, aber ich krieg es nicht mehr zusammen. Ich habe gedruckt und wollte irgendwie eine besondere Seite einlegen. Ich habe auf irgendeinen Knopf gedrückt, der nicht richtig war. Jedenfalls steht jetzt auf dem Display: Wird heruntergefahren. Das steht jetzt seit ungefähr 14 Tage da. Nun warte ich auf meinen Schwager. Der wird das Ding dann wieder in Ordnung bringen.

*Interviewer: Ist gut, wenn man so jemanden hat. Den man dann zu Hilfe rufen kann.*

Jaja. Sonst müsste ich mir jemanden kaufen.

*Interviewer: Ja, das ist aber doch teuer. Wenn Sie da jemanden extra herrufen.*

Das ist nur rausgeschmissenes Geld.

*Interviewer: Wenn Sie da jemanden in der Familie haben...*

Nö, nö. Nun mache ich da mein Online-Banking, dann ein paar Spiele und mehr mache ich nicht. Ab und zu Internet. Weil ich ja Online-Banking mache, muss ich ja ins Internet. Aber mich interessiert das nicht. Da habe ich irgendwie keinen Drall für. Ich habe ja dann die letzten Jahre dann noch die letzten Jahre im Beruf noch Computer da gehabt. Unsere ganzen Geschäfte sind über Computer gegangen. Ist mir damals schon auf den Keks gegangen. Nur damals war es notwendig, aber heute muss ich das nicht haben.

*Interviewer: Es ist ja auch immer die Frage, wofür man es braucht und ob man es wirklich braucht.*

Richtig. Mein Freund ist da ganz anders. Mein Gott, der stiehlt sich da im Internet rum. Da ruft er mich immer an. "Das musst Du mal kucken." Ich sage: "Mensch M., das möchte ich jetzt eigentlich nicht. Will ich nicht." Ach ja, Du willst es ja nicht. Also mein Leben ist ganz in Ordnung trotz Krankheit. Mir geht zwar nicht immer gut, mal geht es sehr schlecht. Aber. Vor allem, wenn mein Blutdruck sehr hoch geht, dann geht's mir nicht so gut. Vor allem wenn es Stresssituationen sind. Das sind so Situationen. Es gibt so ein paar Stresssituationen...Also folgendes

[...]

Da ging mein Blutdruck hoch.

*Interviewer: Haben Sie sich richtig geärgert.*

Schrecklich geärgert. Naja, weil, es war nicht nur Ärger. Es war auch dieser Ablauf. Dieses ignorieren. Dieses Nicht zur Kenntnis nehmen.

*Interviewer: So ne Bevormundung...*

Ja, als wenn ich dement wäre oder so was. Und das finde ich unglaublich. Da könnte ich... Das ist also ein Punkt zum Beispiel, wenn ich das merke, wenn mir das jemand aufoktruieren will, da könnte ich ausrasten. Ich kann das nicht ertragen. Nich, wenn Sie 40 Jahre ihres Lebens, also ihr Leben selber gemeistert habe. Und da kommt jemand, den sie eigentlich gar nicht näher kennen und erzählt Ihnen, wie das Leben geht, da könnte ich ausrasten. Denn die hier brauchen mir alle nichts vom Leben erzählen, da könnte ich denen noch was erzählen. Nich, auch wenn ich jetzt krank bin, deswegen ist ja mein Gehirn nicht außer Funktion gesetzt.

*Interviewer: ...und Ihr vorheriges Leben ist ja auch nicht gelöscht, mit der Erfahrung.*

Nich, ich bin ja kein Computer, wo ich eine Festplatte drin habe und die dann wegschmeiße. Also irgendwie. Nich, und dann denke ich eben automatisch über Lebensqualität nach. Nich, und das sind für mich Lebensqualität. Ich bestimme, hier was in meiner Wohnung passiert und sonst niemand. Außer sie bezahlen die Miete, dann können Sie bestimmen. Meine Katze. Wie sage ich immer...Ach hier, meine Katze gehört natürlich auch zu meiner Lebensqualität. Mein kleines Untier.

*Interviewer: Ich habe eben gesehen, den Kratzbaum da hinterm Stuhl.*

Wie sage ich immer: Meine Katze wohnt hier und ich bezahle die Miete. Also das sind eben so Sachen. Ich hab mein Leben eben so. Also ich bilde mir ein, dass ich mein Leben trotz meiner Krankheiten ganz gut im Griff habe. Das glaube ich. Ich weiß nicht, welchen Eindruck ich bei Ihnen vermittele, aber...

*Interviewer: Eigentlich genau den. Ja. Vor allem, dass Sie sich das nicht aus den Hand nehmen lassen wollen.*

Nee, da könnte ich ziemlich ausrasten. Das kann ich nicht vertragen. Ich würde auch sagen, ich bin fast noch empfindlicher geworden. Und das hat natürlich auch wieder was. MS ist ja nun leider Nervenkrankheit und meine Nerven sind ein bisschen, sage ich mal, sehr

strapaziert inzwischen. Nach 18 Jahre habe ich das jetzt. Und da merkt man das dann schon ein bisschen, dass das alles nicht mehr so reibungslos an mir vorbeigeht. Wie mit dem Blutdruck. Ich merke das sofort, wenn der Blutdruck hochgeht. Es ist Wahnsinn, ne. Das Einzige, was sich bei mir nie sehr verändert ist der Blutzucker. Also der bleibt eigentlich immer konstant. Nun esse ich allerdings auch sehr vernünftig. Und was dann dazu noch kommt. Ich habe also schon 3 Operationen hinter mir. Sportverletzungen am linken Knie, Arthrose. Und das lässt sich also nun auch nicht mehr reparieren. Da haben sie also schon Knochenteile verpflanzt. Das macht sich dann bemerkbar, wenn ich im Bett bewegt werden muss. Weil ich Windel trage und dann macht sich das schon.

*Interviewer: Dann spüren Sie das an dem Knie noch.*

Nich, und die MS ist leider eine Form der MS, die auch nicht so angenehm ist, weil die also mit Dauerschmerzen verbunden ist. Und zwar nicht an bestimmten Stellen, sondern immer wechselnd. Mal die Füße, mal die Hüfte, mal die Wirbelsäule, mal die Hände. Sie können es nie sagen. Also jetzt im Moment tut mir ganz nix weh, aber das kann in einer Stunde ganz anders sein. Wissen Sie, mit Schmerzen umzugehen das ist. Also, meine D. sagte: "Ich bewundere Sie." Da liege ich manchmal da, sage gar nichts, mache die Augen ein bisschen zu. Fragt sie: "Ist was?" Ich sage: "Nein, geht gleich vorbei." Und das sind dann solche Schmerzen, dass ich denke: Einfach vorbeigehen lassen. Das ist furchtbar, sage ich Ihnen. Also auch beim Umsetzen [...] Also und das sind da so Dinge, dass ich denke. Wie gesagt, und wenn es dann nicht so richtig gemacht wird, dann kommen automatische die Schmerzen auf der Wirbelsäule und der Hüfte. Und das tut so weh. Das tut richtig schön weh. Bloß, was soll ich sagen. Ich kann der jungen Frau doch keinen Vorwurf machen [...] Und das sind natürlich alles so Sachen, die mich dazu kriegen, darüber nachzudenken, dass ich schnellstmöglich mich alleine umsetzen kann.

*Interviewer: Ja, das ist noch mal eine Motivation, daran zu arbeiten.*

Ja, Jetzt haben wir einen Duschstuhl bestellt. Weil ich so furchtbar gerne duschen möchte, mal wieder. Das wird wieder ein Zirkus. Da kam der Medizinische Dienst, der hat kontrolliert, ob ich überhaupt krank genug bin (...). Das sind so die kleinen Sachen. Unser Gesundheitssystem weiß ich nicht... [...]

*Frage 3: Was macht Ihnen das Leben schwer? Was wirkt sich negativ auf Ihre Lebensqualität aus? Sagen Sie wieder alles was Ihnen dazu einfällt!*

Ja also, in erster Linie mein Gesundheitszustand. Der ist für mich wirklich maßgebend. Alle anderen Sachen kriege ich irgendwie in den Griff. In dem Moment, wo ich also einen Brief schreiben kann oder irgendwas, telefonieren kann, was managen kann, ist das alles zu regeln. Nur meine Krankheiten kann ich nicht regeln. Ich nehme zwar Tabletten gegen Bluthochdruck und ich esse Diät wegen meinem Zucker. Arthrose kann ich auch nichts ändern. Das ist nun mal so. Ich kann nur versuchen, ich habe ein Motometer stehen, dass ich es bewege das Gelenk. Ich kann also möglichst dagegen zu arbeiten, nur gegen MS kannst Du eben nichts machen. Und das ist an manchen Tagen heftig. An manchen Tagen ist es wirklich schlimm. Und dann gibt es eben auch Tage, ich habe ja auch die Allianz hat mir ja bewilligt 20 Stunden Gesprächstherapie. Da haben wir jetzt im Sommer ausgesetzt. Ich werde ab September werde ich die Frau W. anrufen. Die war früher Psychiaterin in der Deutschen MS Gesellschaft und hat sich dann selbstständig gemacht. Daher kenn ich sie. Und die macht jedes Jahr bei mir 20 Stunden Therapie. Und die werde ich demnächst mal wieder anrufen, damit wir mal wieder quatschen können. [...] Das sind auch solche Sachen, es gibt so manche Aussprüche, dass Sie denken: Nehme ich das jetzt ernst oder übergehe ich es.

*Interviewer: Oft wissen die Leute gar nicht richtig, eben worum es geht. Wie in dem Fall.*

Ich habe so viel Therapie. Ich weiß nicht, ob Sie die Hardtwaldklinik kennen? Das ist eine Investklinik. Da bin ich noch mit dem Rollator gegangen. Da war ich schon das erste Mal in der Hardtwaldklinik 1. Und habe die ersten Gruppentherapien gemacht. Davor habe ich Gruppentherapien in der Volkshochschule gemacht. [...] Seitdem ist es für mich. Ich finde es eigentlich immer ganz spannend. Weil gerade bei den Gruppentherapien. Man sitzt ja da, um etwas reflektiert zu bekommen, wie das, was man denkt, bei anderen ankommt. Und da waren oft Leute dabei, die manchmal Probleme hatten. Da habe ich dann immer dazwischen gesessen, dachte: Na, weißte, was machst Du denn eigentlich hier. Das ist doch nun gar kein Problem, was Du hier hast. Du mit Deinem bisschen Krankheit, damals wie gesagt, war es noch nicht so schlimm, mit Deinem bisschen Krankheit machst Du Dir einen Kopf. Horch doch mal zu, was die alle. Und viel später denn dachte ich. Man neigt ja auch ein bisschen dazu am Anfang, sich selbst die Gewissheit zu geben, es ist ja alles nicht

so schlimm. Damals war es wie gesagt so. Ich konnte noch Auto fahren und alles. Es war alles noch nicht so heftig. In diesen Gruppentherapien habe ich zumindest gelernt, dass man auf sich hinhören muss, was sich in der Seele vor allem abspielt. Dass ich manchmal auch heute noch, wenn es mir so richtig dreckig geht, hinterher merke: Jetzt hast Du falsch reagiert, jetzt hast Du überreagiert. Und mir dann aber gleichzeitig sage: Na und, dann haste eben überreagiert. Nicht, denn meine Situation ist eben nicht mit normalen Maßstäben zu messen. [...]

*Frage 4: Wenn Sie nochmals an all die guten und schlechten Dinge in Ihrem Leben denken, die Sie mir gerade geschildert haben: Gibt es da etwas, das für Sie das Allerwichtigste ist?*

Nee. Das gehört alles zusammen. Da gibt es keinen besonderen Punkt. Das gehört bei mir alles zusammen.

*Interviewer: Möchten Sie noch was. Fällt Ihnen sonst noch was ein? Möchten Sie zu einem anderen Aspekt noch was sagen?*

Der andere Punkt ist eben nun noch der, dass ich manchmal, nicht immer, aber wenn es mir nicht so gut geht. Da fallen mir natürlich alles die Dinge ein, die ich jetzt nicht mehr kann. Also Autofahren zum Beispiel. Das sind so Dinge, die vermisste ich auch. Nur ich weiß eben, rational gesehen. Geht nicht. Selbst wenn ich es umbauen lassen würde. Es ist ja auch schon längst weg. Habe ich verkauft. Selbst wenn ich es auf meine Bedürfnisse umbauen würde, ich bin nervlich dazu gar nicht mehr in der Lage. Mit meinen toten Händen kann ich sowieso nicht mehr Auto fahren. Also das sind Dinge, die vermisste ich wirklich. Ich vermisste auch, na ja, einen guten Opernbesuch zum Beispiel, Theaterbesuch. Das kann ich alles nicht mehr. Ich kann nicht 2, 3 Stunden irgendwo sitzen. Das ist unmöglich. Das schaffe ich nicht mehr. Abgesehen von anderen Leuten. Ich muss da mit dem Rollstuhl rumgefahren werden. Der Rollstuhl, den ich hier habe, der geht sowieso nicht. Der ist viel zu steil. Also, das geht sowieso nicht. Also das sind so Dinge, die sind also unwiederbringlich weg. Die gehen nun wirklich nicht mehr. Und darum habe ich mich darauf beschränkt, mich an diesen Dingen festzuhalten, die eben noch gehen. Und das sind

eben die Dinge meiner Wohnung. Darum ist das eben für mich auch so wichtig, dass das hier funktioniert. Ja, Autofahren, Theatrebesuche. Früher war ich bei diesen Open Air Veranstaltungen. Was ist auch sehr vermisse, Fahrrad fahren, Schwimmen gehen. Nicht, das sind alles so Dinge. G. sagte vor ein paar Wochen: "Müssen Sie sich mal überlegen, wenn Sie das alles nicht gemacht hätten. So, wie Sie körperlich drauf sind. Das ist schon ein Vorteil bei Ihnen." [...] Das sind natürlich Dinge, die fehlen mir jetzt. Und was mir auch fehlt, ist zum Beispiel, die Wechselduschen fehlen mir, die Massagen fehlen mir. [...] Diese Besuche, das Autofahren, das fehlt mir. Und denen trauere ich auch ein bisschen nach. [...] Ich denke auch, dass ich auch deswegen verhältnismäßig ausgeglichen bin, weil ich wirklich ein sehr schönes Leben hatte. Sehr schönes Leben.

*Interviewer: Und darauf auch zurückblicken können. Und nicht irgendwas bereuen müssen.*

Ja. Richtig. [...]

**ID 22201**

*Frage 1: Was kommt Ihnen in den Sinn, wenn Sie den Begriff „Lebensqualität“ hören?  
Oder anders: Können Sie mir beschreiben, was für Sie Lebensqualität ausmacht?*

Tja. Lebensqualität. Mir ging es eigentlich sonst immer ganz gut. Und vor allen Dingen habe ich ein christliches Haus gehabt, wo ich aufgewachsen bin und habe das auch behalten. Und das ist mir sehr wertvoll und sehr wichtig. Und von diesen Qualitäten lebe ich auch heute noch. Und bin auch ganz zufrieden mit dem, was mir hier noch geboten wird. Ich nehme an keiner Sache mehr teil, also irgendwelche Veranstaltungen oder was. Das interessiert mich gar nicht. Ich lese sehr viel. Und höre auch viel Fernsehen, weil ich Zeitungen nicht so gern lese. Aber im Fernsehen orientiere ich mich noch heute für alle Vorkommnisse und für alles, was da... Aber nur Qualitätssachen nicht etwa irgendwelche Schnulzen...Interessieren mich nicht. Aber mein Glaube ist mir sehr, sehr wichtig. Und ich habe auch im Leben viel anderen schon geholfen...also mich manchmal schon reichlich aufgeopfert. Vor allen Dingen jetzt so lange ich noch drüben gewohnt habe. Da waren ältere Damen im Hause. Drei hatte ich da zur Verfügung. Oder die sich mir anschließen und angeschlossen haben. Und da habe ich viel geholfen, viel geleistet. Und vielleicht ist auch jetzt, dass mir das wiedergegeben wird. Dass es mir hier eben jetzt wieder zu Teil wird.

*Interviewer: Haben Sie auch das Gefühl, dass Sie Leute haben, die Ihnen helfen?*

Ja. Ja. Und das ist ja in der heutigen Zeit auch nicht selbstverständlich. Das ist mein Inhalt eigentlich.

*Frage 2 Wenn Sie über ihr jetziges Leben als Ganzes nachdenken, was Sie macht ihr Leben schön? Was trägt zu Ihrer Lebensqualität bei? Sagen Sie einfach alles was Ihnen einfällt!*

Na ja, also wenn ich keine Schmerzen habe, bin ich glücklich. Und wenn ich sitze geht es auch. Es ist nur eben...die Beweglichkeit ist nicht da. Und dadurch bin ich gehemmt und die Dame hier aus dem Hause. Wir gehen auch öfters auch mal ein Stückchen raus. Aber



nur nicht weit. Ne halbe Stunde höchstens. Das schaffe ich noch. Da bin ich schon zufrieden. Dann habe ich meinen Balkon hier. Wunderbar. Da tröstet mich das. Also alles andere interessiert mich gar nicht mehr. Ich gehe zu keiner Veranstaltung oder sonst was. Da habe ich gar kein Bedürfnis.

*Interviewer: Und da sind Sie so ganz zufrieden mit dem wie es hier...?*

Ich bin ganz zufrieden mit dem. Ja. Und nehme das auch hin, was mir eben beschieden ist. Habe da auch schon Kuren gemacht und, na ja, Reisen gemacht. Das habe ich alles im Leben und von dem lebe ich jetzt.

*Interviewer: Von dem, wenn Sie dann so zurückblicken auf das was Sie auch an schönen Dingen hatten.*

Ja. Natürlich. Da kommen dann oft auch Wiederholungen hier im Fernsehen, wenn man so Land- und Leutebeschreibungen sich herauspickt, nicht? Die man dann gesehen hat schon.

*Interviewer: Also, wo Sie auch selbst mal hingereist sind?*

Wo ich selbst war, ja, ja. Auch. Damals war das ja noch nicht so mit dem ins weite Ausland...ins Ausland bin ich auch gefahren, ja...aber in Deutschsprachige mehr. Norwegen, Holland, Schweiz und so weiter. Das habe ich alles auch besucht.

*Interviewer: Also in Europa dann viel gereist.*

Ja, ja. Das war denn mein Ziel. Diese weiten Reisen das interessiert mich nicht.

*Interviewer: Das ist ja auch erst in den letzten Jahren eigentlich so populär geworden.*

Ja. Ja. Wo der Osten plötzlich ausfliegen musste und nicht mehr zu bremsen war. Da kam das ja erst. Und das interessiert mich nicht mehr.

*Interviewer: Fällt Ihnen noch etwas ein, wo Sie sagen würden, das macht mein Leben schön und das...?*

Na ja. Dass ich nun das wiederkriege, was ich vielleicht mal jemanden anderes getan habe. Aber das geht vielleicht aus meiner Einstellung heraus, nicht? Das ...

*Interviewer: Mit Ihrer christlichen Kindheit?*

Ja. Dadurch hat sich das eben ergeben. Und ich nehme das jetzt als Dank dahin. Ich kriege nachher auch wieder Besuch. Meine Schwester kommt noch.

*Interviewer: Oh, schön.*

Ja. Die kommt aber nur auf Stunden. Denn die hat auch eine Operation vor und da wollen wir uns jetzt vorher noch mal sehen.

*Interviewer: Ja. Und die lebt auch hier in B.?*

Ne. Die wohnt an der O.

*Interviewer: Ach so. Aber Sie sehen sich schon ab und zu, oder?*

Na ja. Ab und zu. Ja. Die hatte jetzt auch eine Operation hinter sich. Und eine hat sie vor sich. Da ist es das immer ganz schön, wenn man sich mal sprechen kann. Wir telefonieren zwar auch viel. Ja. Na ja, das wär's eigentlich.

*Frage 3 Was macht Ihnen das Leben schwer? Was wirkt sich negativ auf Ihre Lebensqualität aus? Sagen Sie wieder alles was Ihnen dazu einfällt!*

Na ja, da ist eigentlich weiter nichts als mein körperlicher Zustand, der mir jetzt zu schaffen macht und der dieses und jenes nicht mehr erlaubt und ich muss eben davon

Abschied nehmen. Und mir macht das Alleinsein nichts aus. Ich vermisse nichts und ... ganz einfach.

*Interviewer: Und das was dann stört ist nur, dass es schmerzt, oder?*

Na ja, dass es eben das nicht so in Ordnung ist alles. Aber damit muss ich ja rechnen in dem Alter.

*Interviewer: Wahrscheinlich. Also da würden Sie sagen, das ist eigentlich das Einzige?*

Das ist eigentlich das Einzige, was mich jetzt, ja...bewegen würde. Also damit mir das erhalten bleibt, solange wie ich eben hier noch auf der Erde bin. Dass da mal nicht ein langwieriger Prozess entsteht, wo ich leiden muss. Also, das wäre mein Wunsch und meine Hoffnung.

*Frage 4 Wenn Sie nochmals an all die guten und schlechten Dinge in Ihrem Leben denken, die Sie mir gerade geschildert haben: Gibt es da etwas, das für Sie das Allerwichtigste ist?*

Na ja, das was ich Ihnen eben sagte. Also, mein Glaube, meine Betreuung, meine Krankheit und die Hoffnung, dass ich hier in der Wohnung bleiben kann. Und alles andere stört mich nicht.

**ID 22204**

*Frage 1: Was kommt Ihnen in den Sinn, wenn Sie den Begriff „Lebensqualität“ hören?  
Oder anders: Können Sie mir beschreiben, was für Sie Lebensqualität ausmacht?*

Na das sind meine Freundschaften und dass ich mit allen gut auskomme, keine Streitereien, nichts. Dass wir alle miteinander ein gutes Verhältnis haben mit meinen Freunden und Verwandten. Und Ruhe und Frieden ist. Alle nett zu mir sind. Auch die Dame, die morgens kommt, mir einen Kaffee macht und macht auch das Bad sauber. Dass jeder, der kommt, auch gerne hier mal zur Toilette geht, dass alles sauber ist. Und ein anderes Ehepaar, die ich auch schon als Baby gekannt habe, die machen mir die Wohnung sauber, waschen Gardinen und putzen Fenster und nähen was, dass ich keine kaputten Sachen habe.

*Interviewer: Also so, dass hier alles im Stand ist und Sie sich hier wohl fühlen.*

(...Ne, ist die schon wieder? Ne 12 ist noch nicht. Nee ich dachte eben, die fängt schon an zu spielen. Die hat dann immer eine Melodie...) Ja und eben auch die Freundschaft mit allen. Das gehört zur Lebensqualität. Dass alle gerne zu mir kommen.

*Frage 2 Wenn Sie über ihr jetziges Leben als Ganzes nachdenken, was Sie macht ihr Leben schön? Was trägt zu Ihrer Lebensqualität bei? Sagen Sie einfach alles was Ihnen einfällt!*

Na ja, eben das alles was so rund um mich ist.

*Interviewer: Also Ihre Freunde und dass Sie sich hier wohl fühlen.*

Weg kann ich nicht mehr so viel. Wenn ich mit dem Telebus. Die haben mich ja vorher abgeholt, sind mit mir hingefahren sonst wohin. Aber ich kann doch keine Treppen mehr gehen.

*Interviewer: Ja, dass ist dann das Problem?*

Ja, der Fahrstuhl fehlt.

*Interviewer: Also im Grunde, dass was Sie... würden Sie sagen, also was jetzt so Ihr Leben gut macht, ist dass was Sie vorhin auch schon gesagt haben. Ihre Freunde und dass jemand kommt sich um Sie kümmert hier und dass es hier ordentlich ...*

Ja, die waschen mir. Also Wäsche große gebe ich in die Wäscherei und Leibwäsche macht mir die Frau F. mit, die wohnt ja auch in der Straße und kauft für mich ein, besorgt mir.

*Interviewer: Fällt Ihnen sonst dazu noch irgendwas ein?*

Ja was soll mir einfallen?

*Interviewer: Also Sie müssen ja gar nicht. Ist nur, dass Sie nicht denken, Sie müssen jetzt ganz schnell antworten.*

Nu alles. Dass sie nett sind.

*Frage 3 Was macht Ihnen das Leben schwer? Was wirkt sich negativ auf Ihre Lebensqualität aus? Sagen Sie wieder alles was Ihnen dazu einfällt!*

Na negativ ist natürlich die Schmerzen, die ich habe. Und die Qual also zur Toilette gehen ist ne Katastrophe. Aber noch habe ich es geschafft. Noch habe ich nichts nass gemacht. Da bin ich noch dicht. Ja. Und was soll noch schlecht sein?

*Interviewer: Es muss ja gar nicht, also.*

Ne es lebt sich so dahin. Es kommen ja auch die Jugendlichen, die kommen dann: Also Tante E. jetzt wollen wir zu Dir kommen, aber die Eltern brauchen nicht bei sein. Wir wollen alleine. Jugend unter uns.

*Interviewer: Das ist ja schön.*

Waren Sie neulich. Die eine hat ein kleines Baby und so ein netter Junge. Und den stellt mir dann auch, der ist jetzt 1 1/4 Jahr alt, stellt Sie mir auch immer vor und der lacht immer. Also ich gehöre zu allen dazu. Und das sind alles meine Freundschaften, die ich habe, die ich schon von Jugend an sind, nachdem ich mich habe scheiden lassen. Aber das braucht ja nicht da rein.

*Interviewer: Ne. Das muss nicht.*

Das ist schon sehr, sehr lange her. (19)32 hatte ich geheiratet und (19)35 bin ich abgehauen. Der hat Haus und Hof versoffen.

*Interviewer: Ja? Da haben Sie es aber richtig gemacht.*

Der hatte eine Fleischerei auf dem Lande. Ich habe mit Wurst gemacht, ich bin mit dem Pferd auf dem Wagen gefahren. Und danach fing dann mein direktes Berufsleben an. In Br. hatte ich erst gelernt ein Jahr. Und dann sind wir nach B. gezogen. Da hatten wir selber ein Geschäft, drei Jahre und drei Jahre dann da die Fleischerei und von da an habe ich dann in der K.-Straße angefangen zu arbeiten.

*Interviewer: Ja, und dort sind Sie geblieben, oder? Ja.*

Und eben durch mein Orchester da hatte ich die vielen Freundschaften und von Feinden, toi toi, kann ich eigentlich nicht reden.

*Interviewer: Das ist ja schön.*

Alle waren nett. Also ich habe in der Beziehung wirklich nichts, was ich als schlecht empfinden kann.

*Interviewer: Ja, das ist doch gut, also.*

*Frage 4 Wenn Sie nochmals an all die guten und schlechten Dinge in Ihrem Leben denken, die Sie mir gerade geschildert haben: Gibt es da etwas, das für Sie das Allerwichtigste ist?*

Na also es soll, dass ich einigermaßen, dass ich gesund bleibe insofern und das nicht schlimmer wird. Dass ich es weiter aushalten kann. Wie lange? Und dass ich nicht zu lange zu leiden habe, ehe ich einschlafe. Dass das schnell gehen möchte, aber das Glück hat man ja meistens nicht.

*Interviewer: Vielleicht schon, man weiß es ja vorher nicht.*

So bin ich mit meinem Leben zufrieden.

**ID 22211**

*Frage 1: Was kommt Ihnen in den Sinn, wenn Sie den Begriff „Lebensqualität“ hören?  
Oder anders: Können Sie mir beschreiben, was für Sie Lebensqualität ausmacht?*

Wenn ich einigermaßen gesund bin und alles selber machen kann ohne Hilfe. Und dass ich spazieren gehen kann und wohin ich will und das alles machen kann, wie ich möchte. Das wäre für mich das Ideale. Ich gebe mir Mühe, aber immer schaffe ich es nicht.

*Frage 2: Wenn Sie über ihr jetziges Leben als Ganzes nachdenken, was Sie macht ihr Leben schön? Was trägt zu Ihrer Lebensqualität bei? Sagen Sie einfach alles was Ihnen einfällt!*

Na ja, dass ich noch in meiner Wohnung bleiben kann und mir doch vieles ermöglichen kann. Dass ich gesundheitlich zufrieden bin, außer ein paar Sachen. Gestern ging es mir zum Teil sehr schlecht. Das liegt vielleicht an dem komischen Wetter.

*Interviewer: Ja, das kann schon sein.*

Ist man doch so ein bisschen abhängig. Ich habe wenig Verkehr, also wenig Freunde hier. Gestern hatte ich Besuch von meiner Nichte, sonst bin ich überwiegend allein und genieße das.

*Interviewer: Das genießen sie auch.*

Ja. Dann habe ich Musik und auch Fernsehen und so weiter. Tagesspiegel braucht man den ganzen Tag um den auszulesen. Der bringt so viel. Aber sonst bin ich zufrieden.

*Interviewer: Fällt Ihnen noch was Konkretes ein, wo Sie sagen, das macht mein Leben auch schön, das...*



Ich habe das so praktisch eingerichtet, dass mir das Essen vom Eismann alle drei Wochen was geliefert wird, was ich haben möchte. Und das mache ich dann in der Mikrowelle warm. Und ich habe das was ich brauche. Bin zufrieden, brauch mich nicht über irgendjemanden zu ärgern. Ich ärgere mich sowieso nicht mehr, weil ich sehr ungeschickt bin. Meine rechte Hand ist noch nicht hundertprozentig in Ordnung. Da habe ich noch die linke zur Hilfe und da denke ich nicht immer dran. Und dann ist die Tasse so und dann schwimmt alles. Aber ich ärgere mich nicht mehr. Dann wird es eben abgewaschen.

*Interviewer: Fällt Ihnen noch was ein? Überlegen Sie ruhig noch mal einen Augenblick.*

Was schön ist, wenn ich richtig laufen könnte und richtig spazieren gehen und nicht so ganz langsam mit meinem Rollator da durch die Gegend. Und sonst bin ich eigentlich ganz zufrieden. Ich finde es komisch, dass ich so alt werde. Ich freue mich, wenn meine Kinder kommen. Meine eine Tochter aus Hannover hat vorhin gerade angerufen hat gesagt: Mami, passt es Dir, wenn ich am 19. komme? Klar, dass passt mir immer. Wenn die Kinder kommen, ist das schön. Aber die Enkel sind jetzt immer so weit weg und dann sind sie beruflich eingebunden und wenn sie ein bisschen Freizeit haben, dann haben sie natürlich, dann wollen sie nicht immer die Großmutter besuchen. Was ja verständlich ist. Ich habe zu allen Enkeln einen sehr netten Kontakt und das ist schön. Doch die lieben ihre Omi. Und das finde ich schön.

*Interviewer: Ja, das ist auch was Schönes.*

Ja. Ach, die sind ja auch nicht mehr so jung. K. ist 39, J. ist 37, A. ist 34 und C. 32. Alle zwei Jahre ein Enkelkind.

*Frage 3: Was macht Ihnen das Leben schwer? Was wirkt sich negativ auf Ihre Lebensqualität aus? Sagen Sie wieder alles was Ihnen dazu einfällt!*

Na ja, wenn ich so behindert bin. Das ist nicht schön.

*Interviewer: Sie meinen jetzt in dem Sinn, dass Sie nicht so gut laufen können, wie Sie gerne würden?*

Und denn, na ja, alles selber machen. Ich möchte das gerne allein. Ich habe natürlich eine Hilfe, ja, ich meine in der Woche für die Wohnung. Aber, na ja, ich möchte, ich würde es lieber alleine können. Aber das kann ich schon lange nicht mehr. Ich hab schon sehr lange unangenehme Rückengeschichten. Zwei Bandscheibenkerne sind mir einmal entfernt worden. Und der Rest ist nicht gut.

*Interviewer: Und da haben Sie dann jemanden, der Ihnen im Haushalt so ein bisschen zur Hand geht?*

Ja, einmal in der Woche kommt eine Haushaltshilfe. Die macht alles rundrum. Und dann Fensterputzer kommt und so. Man muss die Hilfe haben, nicht? Man muss sich dann auch einrichten. Und ich gebe mir Mühe, das nicht so kritisch zu sehen alles, sondern mich umzustellen. Na ja, und vieles geht eben nicht.

*Interviewer: Fällt Ihnen noch was ein, wo Sie sagen, dass schränkt Ihre Lebensqualität ein, in dem Sinne?*

Theater und Kino habe ich abgeschrieben und nun guck ich in die Röhre. Ich brauch relativ viel Schlaf und kann eigentlich immer sehr gut schlafen. Und das ist ein großes Plus, das weiß ich.

*Interviewer: Ja, ja. Das ist eigentlich sonst ja eher umgekehrt, je älter man wird...*

Ne, ich bin eigentlich zufrieden damit. Mich stört nur, dass ich zu allem so viel Zeit brauche. Drei Mal soviel Zeit, wie sonst. Sonst ging das alles flott, aber jetzt. Tja, ich glaub das wär' alles, nicht? Im Grunde genommen, bin ich positiv eingestellt, weil ich mir selber sage, das andere das nützt ja nichts.

*Interviewer: Ja, sich zu beschweren und sich zu ärgern, wie Sie eben sagten.*

Man muss damit zu Recht kommen und das geht. Wir sind früher manchmal drei Mal im Jahr auf Sylt gewesen. Und jetzt. Ich war mit meiner Tochter zweimal da, aber das ist nicht das Richtige mehr. Mit so einem Rollator. Man kann nicht an den Strand und so weiter. Dieses Jahr bin ich gar nicht weg gewesen. Vorher war ich mit meiner Tochter auf Rügen. Ist übrigens eine sehr schöne Insel. Es gibt nicht nur Sylt.

*Interviewer: Aber da waren Sie lange Jahre?*

Ja, das erste Mal war ich 1928. '27 hat man den Damm gebaut und wir waren '28 mit meinen Eltern da. Mein Vater ist aus der F. Gegend. Und dann ist das ja nur ein kleines Stück, nich? War immer sehr schön. Früher war die Insel natürlich schöner, weil sie nicht so vollgebaut. Ist ja überall. Ob sie auf Mallorca sind oder woanders. Es wird immer alles zugebaut. Muss man sehen, dass man irgendwo noch ne freie Stelle kriegt.

*Interviewer: Ja, und sich eine schöne Nische sucht, wo man noch hin kann. Meine letzte Frage wäre - also wenn Ihnen noch was einfällt, sagen Sie es, sonst...*

Als Kind hatte ich zwei Mal Masern gehabt. Das glaubt mir Keiner. Derselbe Arzt hat es festgestellt.

*Interviewer: Zwei Mal?*

Ja, ja, das glaubt ihm Keiner. Es war aber so. Und ich glaube davon habe ich davon mal die Gürtelrose. Die kommt ja auch immer dann, nich?

*Interviewer: Ja, ich meine schon.*

Und das haben die gar nicht festgestellt. Da waren wir zur Kur in W.. Und da hat mir der Arzt Heißluft darauf verordnet. Das hat mir nicht geholfen, nich?

*Interviewer: Nein, das klingt nicht...*

Da fuhren wir anschließend nach Schleswig-Holstein. Da haben wir einen guten Freund. Der ist auch Mediziner, lebt leider nicht mehr. "Mensch, Du hast einen Zoster. Das ist ja ein Prunkstück." Da war das wahrscheinlich jetzt erst zu sehen. Dann hat er mir was gegeben, da bin ich wieder umgekippt. Denn ich kann so heftige Medikamente nicht vertragen. Na ja, Menschen sind verschieden. Oh, das habe ich jahrelang gehabt, die Augen hierüber. Na ja, das muss man nicht haben.

*Interviewer: Nein, muss man nicht.*

Ne, also das war wirklich nicht schön. Und denn, na ja nach der Fehlgeburt war es ja nicht. Nachdem man mir das Kind oder den Embryo genommen hat, habe ich Jahre später eine Totale gehabt. Da war ich '39. War ein bisschen früh, aber das musste sein, weil ständig Blutungen waren. Brauchen Sie sowas auch?

*Interviewer: Nein, das liegt schon so weit zurück.*

Ja, eben, nich?

*Interviewer: Wenn Sie wollen kann ich das auch rausnehmen.*

Ist ganz egal.

*Frage 4: Wenn Sie nochmals an all die guten und schlechten Dinge in Ihrem Leben denken, die Sie mir gerade geschildert haben: Gibt es da etwas, das für Sie das Allerwichtigste ist?*

Dass hier alles harmonisch ist. Das ist für mich sehr wichtig. Also, das ist eigentlich das Wichtigste.

*Interviewer: Mit Ihren Verwandten und...?*

Mit allen. In jeder Hinsicht. Muss nicht immer so ein Schietwetter sein wie jetzt, aber ich meine, an sich stört mich das nicht.

*Interviewer: Ja, gut. Also, wenn Ihnen noch etwas einfällt, was Ihnen das Leben eben besonders gut macht oder schwer macht, sagen Sie es ruhig noch, sonst wäre ich jetzt mit meinem Teil am Ende.*

Na ja, was nicht so schön ist, dass ich so viel Zeit für alles brauche.

*Interviewer: Ja. Das sagten Sie vorhin schon mal.*

Ja, aber ich komm damit zurecht. Ich komm klar. Ich sage ‚Mensch sei doch vernünftig und ...‘ Doch. Ich bin eigentlich zufrieden.

*Interviewer: Gut.*

Gut, dass Sie nicht gestern gekommen sind, da war ich gar nicht zufrieden. Also, weiß ich nicht, ob das am Wetter lag. Mir war so mies und ... oh ... und gefroren.

**ANHANG XI****Studie 1: Qualitative Interviews zur subjektiven Perspektive auf Lebensqualität multimorbider älterer Menschen –****Inter-Coder Reliabilität: Tabellen und Berechnung**

Tabelle XI.1 *Kategorisierungen Kodierer 1 (MH)*

Nr.	Kategoriename	Studienteilnehmer ID							
		12102	21102	21105	21107	22109	22201	22204	22211
1	Aktionsradius & Mobilitätshilfen		X	X	X		X		X
2	Mobilität und körperliche Fähigkeiten	X	X	X	X	X	X	X	X
3	Familie	X	X			X	X	X	X
4	Autonomie & Selbstbestimmung	X	X	X	X	X			X
5	eigene Gesundheit		X	X		X	X	X	X
6	soziale Kontakte	X	X		X	X	X		X
7	eigene Wohnung		X			X	X	X	X
8	Kultur & Ästhetik	X			X	X	X		X
9	Fernsehen & Medien	X	X		X		X		X
10	(soziale) Teilhabe am Leben	X		X	X	X			
11	Hilfe im Alltag & Pflege					X	X	X	X
12	Hobbys		X	X	X	X			
13	Partner	X		X		X			
14	Finanzen	X	X		X				
15	Freundschaften					X		X	X
16	Reisen	X			X				X
17	Soziale Harmonie					X		X	X
18	Lebensrückblick	X			X		X		
19	Wohnumfeld & Infrastruktur		X	X				X	
20	Wohlbefinden & sinnliche Erfahrung				X	X			X
21	Schmerzen					X	X	X	
22	kognitive Fähigkeiten	X		X					
23	Kontinenz					X		X	
24	eigenes Erscheinungsbild				X			X	
25	Zukunft		X	X					
26	Aneignung neuer Fähigkeiten	X			X				
27	Sterben und Tod							X	
28	Glaube & Spiritualität						X		
29	Sexualität & Intimität			X					
30	Sonstiges (z. B. Haustiere, Technik)					X	X	X	

Tabelle XI.2 *Kategorisierungen Kodierer 2 (UK)*

Nr.	Kategoriename	Studienteilnehmer ID							
		12102	21102	21105	21107	22109	22201	22204	22211
1	Aktionsradius & Mobilitätshilfen		X	X	X	X	X	X	X
2	Mobilität und körperliche Fähigkeiten	X	X	X	X	X	X	X	X
3	Familie	X				X	X	X	X
4	Autonomie & Selbstbestimmung	X	X	X	X	X			X
5	eigene Gesundheit		X	X		X	X	X	X
6	soziale Kontakte	X	X		X	X			X
7	eigene Wohnung					X	X	X	X
8	Kultur & Ästhetik	X			X	X	X		X
9	Fernsehen & Medien	X	X		X		X		X
10	(soziale) Teilhabe am Leben	X		X	X	X	X		
11	Hilfe im Alltag & Pflege					X	X	X	X
12	Hobbys	X	X	X	X	X			
13	Partner	X		X		X			
14	Finanzen	X	X		X				
15	Freundschaften					X		X	X
16	Reisen	X			X		X		X
17	Soziale Harmonie							X	X
18	Lebensrückblick	X					X		
19	Wohnumfeld & Infrastruktur								
20	Wohlbefinden & sinnliche Erfahrung				X	X			X
21	Schmerzen					X	X	X	
22	kognitive Fähigkeiten	X		X					
23	Kontinenz					X		X	
24	eigenes Erscheinungsbild				X			X	
25	Zukunft		X	X					
26	Aneignung neuer Fähigkeiten	X			X				
27	Sterben und Tod							X	
28	Glaube & Spiritualität						X		
29	Sexualität & Intimität			X					
30	Sonstiges (z. B. Haustiere, Technik)					X	X		



Tabelle XI.3 *Übereinstimmungen und Abweichungen zwischen den Kodierern*

Nr.	Kategoriename	Studienteilnehmer ID							
		12102	21102	21105	21107	22109	22201	22204	22211
1	Aktionsradius & Mobilitätshilfen	d	a	a	a	a	a	UK	a
2	Mobilität und körperliche Fähigkeiten	a	a	a	a	a	a	a	a
3	Familie	a	MH	d	d	a	a	a	a
4	Autonomie & Selbstbestimmung	a	a	a	a	a	d	d	a
5	eigene Gesundheit	d	a	a	d	a	a	a	a
6	soziale Kontakte	a	a	d	a	a	MH	d	a
7	eigene Wohnung	d	MH	d	d	a	a	a	a
8	Kultur & Ästhetik	a	d	d	a	a	a	d	a
9	Fernsehen & Medien	a	a	d	a	d	a	d	a
10	(soziale) Teilhabe am Leben	a	d	a	a	a	UK	d	d
11	Hilfe im Alltag & Pflege	d	d	d	d	a	a	a	a
12	Hobbys	UK	a	a	a	a	d	d	d
13	Partner	a	d	a	d	a	d	d	d
14	Finanzen	a	a	d	a	d	d	d	d
15	Freundschaften	d	d	d	d	a	d	a	a
16	Reisen	a	d	d	a	d	UK	d	a
17	Soziale Harmonie	d	d	d	d	MH	d	a	a
18	Lebensrückblick	a	d	d	MH	d	a	d	d
19	Wohnumfeld & Infrastruktur	d	MH	MH	d	d	d	MH	d
20	Wohlbefinden & sinnliche Erfahrung	d	d	d	a	a	d	d	a
21	Schmerzen	d	d	d	d	a	a	a	d
22	kognitive Fähigkeiten	a	d	a	d	d	d	d	d
23	Kontinenz	d	d	d	d	a	d	a	d
24	eigenes Erscheinungsbild	d	d	d	a	d	d	a	d
25	Zukunft	d	a	a	d	d	d	d	d
26	Aneignung neuer Fähigkeiten	a	d	d	a	d	d	d	d
27	Sterben und Tod	d	d	d	d	d	d	a	d
28	Glaube & Spiritualität	d	d	d	d	d	a	d	d
29	Sexualität & Intimität	d	d	a	d	d	d	d	d
30	Sonstiges (z. B. Haustiere, Technik)	d	d	d	MH	a	a	d	d

Anmerkung: a = von *beiden* Kodierern als vorhanden gekennzeichnet; d = von *beiden* Kodierern als nicht vorhanden gekennzeichnet; MH = *nur* von M. Holzhausen gekennzeichnet; UK = *nur* von U. Klusmann gekennzeichnet.

Berechnung der Inter-Coder Reliabilität nach folgender Formel (vgl. Gower, 1998):

Formel 1 *M-Koeffizient: Ähnlichkeitsmaß zweier Objekte mit binärer Variablenstruktur*

$$M = (a + d)/m$$

mit    a = Summe der übereinstimmend positiv gekennzeichneten Kategorien = 99  
      d = Summe der übereinstimmend negativ gekennzeichneten Kategorien = 128  
      m = Gesamtzahl der möglichen Urteile innerhalb des Kategoriensystems = 240

$$M = (99 + 128)/240 = 0,95$$

**ANHANG XII**

**Explorativer Längsschnitt mit dem FLQM –  
Fragebogenbatterie: Version für den Interviewer**

ID \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Interviewer/in \_\_\_\_\_

Uhrzeit \_\_\_\_\_

**PILOTSTUDIE ZUR ENTWICKLUNG  
EINES FRAGEBOGENS ZUR LEBENSQUALITÄT  
MULTIMORBIDER ÄLTERER MENSCHEN  
OHNE KOGNITIVE BEEINTRÄCHTIGUNG  
FLQM**

**--T2--**

VERSION FÜR DEN INTERVIEWER

---

**Verantwortlich:** Dipl.-Psych. Martin Holzhausen, Charité – Universitätsmedizin Berlin,  
Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften, Graduiertenkolleg „Multimorbidität  
im Alter und ausgewählte Pflegeprobleme“, Luisenstr. 13, 10117 Berlin,  
Tel.: 030-450529187, martin.holzhausen@charite.de

Ich möchte Ihnen zunächst eine ziemlich allgemeine Frage stellen:

*(Frage ALZ mit Antwortliste vorlegen)*

**Alles in allem betrachtet – wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrem Leben?**

Würden Sie sagen, ...

1 = *es gibt praktisch nichts zu verbessern*

2 = Sie sind *sehr zufrieden*

3 = Sie sind *zufrieden*

4 = Sie sind *unzufrieden*

5 = Sie sind *sehr unzufrieden*

6 = *es könnte fast nicht schlimmer sein*

**FRAGEBOGEN ZUR LEBENSQUALITÄT**  
**MULTIMORBIDER ÄLTERER MENSCHEN - FLQM**

*(vorlesen)*

**Zeit (Beginn):** \_\_\_\_\_

**Schritt 1: Generierung der Dimensionen**

**(„Was ist in Ihrem Leben wichtig?“)**

Verschiedene Menschen haben ganz unterschiedliche Vorstellungen, was ihnen im Leben wichtig ist. Ich möchte jetzt gerne von Ihnen wissen, was für Sie von besonderer Bedeutung für ein gutes Leben ist. Das ist möglicherweise eine etwas ungewohnte Frage für Sie. Aber Sie sind die einzige Person die diese Frage beantworten kann, denn Menschen unterscheiden sich in ihren Bedürfnissen und Wünschen natürlich sehr stark voneinander.

Wenn man anderen Menschen diese Frage stellt, nennen viele zum Beispiel

den Kontakt zu ihrer Familie,  
ihren eigenen Gesundheitszustand  
oder wie gut sie sich bewegen können.

Es können aber auch ganz andere Dinge eine wichtige Rolle spielen:

die eigenen geistigen Fähigkeiten, zum Beispiel das Gedächtnis,  
die Art, wie die Wohnung gestaltet ist,  
die Pflege von Freundschaften.

Anderen Personen ist wichtig,

am Leben aktiv teilnehmen zu können,  
noch etwas dazulernen und sich weiter zu bilden  
oder ihren Hobbys nachzugehen, zum Beispiel zu musizieren oder  
Sportveranstaltungen zu besuchen.

Sie sehen also: Es gibt viele Möglichkeiten, was für Ihr Leben bedeutsam sein kann. Deshalb nehmen Sie sich etwas Zeit und denken darüber nach.

Es müssen nicht unbedingt positive Dinge sein - vielleicht vermissen Sie auch etwas Wichtiges in Ihrem Leben oder können Ihre Bedürfnisse in bestimmten Bereichen nicht ganz erfüllen.

Bitte nennen Sie mir in etwa fünf Bereiche in Ihrem Leben (es können auch vier oder sechs sein), die am meisten damit zu tun haben, wie zufrieden Sie mit Ihrem Leben sind.

*(Bereiche in Tabelle I und ggf. Teilnehmertabelle eintragen)*

## **Schritt 2: Bewertung der Dimensionen**

**(„Wie zufrieden oder unzufrieden sind Sie mit den einzelnen Punkten?“)**

Ich möchte Sie jetzt bitten, dass Sie sich jeden dieser Punkte einmal genauer betrachten. *(Teilnehmertabelle vorlegen)* Wie zufrieden sind Sie in Ihrer momentanen Situation mit diesem Lebensbereich?

Sie sehen unten eine Skala *(Skala I vorlegen)* mit sechs Punkten – so ähnlich wie die Schulnoten. Eine 1 bedeutet, dass sie mit diesem Lebensbereich so sehr zufrieden sind, dass es praktisch nichts zu verbessern gibt. Eine 6 bedeutet, dass Sie so unzufrieden mit diesem Lebensbereich sind, dass Sie es sich fast nicht schlimmer vorstellen können. Bitte geben Sie für jeden Lebensbereich eine Zahl zwischen 1 und 6 an. Damit zeigen Sie, wie zufrieden oder unzufrieden Sie mit jedem einzelnen Bereich sind. Sie können natürlich mit mehreren oder allen Bereiche gleich zufrieden sein - geben Sie ihnen dann einfach die gleiche Note.

*(Genannten Skalenwert in Tabelle I und ggf. Teilnehmertabelle eintragen)*

### **Schritt 3: Gewichtung der Lebensbereiche**

**(„Wie wichtig sind Ihnen die einzelnen Punkte?“)**

Bitte schauen Sie sich nun noch einmal in aller Ruhe die einzelnen Lebensbereiche an. Vermutlich sind sie unterschiedlich wichtig für Sie. Ich würde Sie bitten, für jeden Punkt anzugeben, wie wichtig er Ihnen ist. Sie sehen hier wieder eine Skala (*Skala II vorlegen*) zwischen 1 und 6: Eine 1 bedeutet, dass dieser Lebensbereich für Sie zu den wichtigsten Dingen gehört, die es in Ihrem Leben gibt. Eine 6 bedeutet, dass dieser Lebensbereich für Sie eher unbedeutend ist. Bitte geben Sie für jeden Lebensbereich eine Zahl zwischen eins und sechs an. Damit zeigen Sie, wie wichtig Ihnen jeder einzelne Bereich ist. Sie können natürlich mehrere oder alle Bereiche gleich wichtig finden - geben Sie ihnen dann einfach die gleiche Zahl auf der Skala.

*(Genannten Skalenwert in Tabelle I und ggf. Teilnehmertabelle eintragen.)*

*Zur Auswertung genannte Skalenwerte entsprechend Skala I und II umpolen und in Tabelle I eintragen. Auswertung gemäß der Formel unter Tabelle I vornehmen.)*

**Zeit (Ende):** \_\_\_\_\_



**Tabelle I**

i	Dimension	Bewertung*		Gewicht**		∏
		genannt	zählt	genannt	zählt	
1		( ___ )		( ___ )		
2		( ___ )		( ___ )		
3		( ___ )		( ___ )		
4		( ___ )		( ___ )		
5		( ___ )		( ___ )		
6		( ___ )		( ___ )		
7		( ___ )		( ___ )		
∑	--	--	--	--		

\* siehe Skala I; \*\* siehe Skala II.

**Auswertung**

QoL-Index =  $\Sigma(\Pi_i) / \Sigma(\text{Gewicht}_i) = \underline{\quad} / \underline{\quad} = \underline{\quad}$

**Skala I: Bewertung**

Genannt:					
1	2	3	4	5	6
Es gibt praktisch nichts zu verbessern	Sehr zufrieden	Zufrieden	Unzufrieden	Sehr unzufrieden	Es könnte fast nicht schlimmer sein
Zählt:					
6	5	4	3	2	1

**Skala II: Gewichtung**

Genannt:					
1	2	3	4	5	6
Eigentlich das Allerwichtigste, was es für mich gibt	Sehr wichtig	Wichtig	Ziemlich wichtig	Eher unwichtig	Hat im Vergleich mit den anderen keine besondere Bedeutung für mich
Zählt:					
6	5	4	3	2	1

Ich möchte Ihnen gerne im Anschluss noch einige kurze Fragen stellen.

1. Wie gut erinnern Sie sich insgesamt an die erste Befragung?

Würden Sie sagen, Sie erinnern sich ...

1 = *sehr gut*

2 = *gut*

3 = *mittelmäßig*

4 = *eher schlecht*

5 = *gar nicht*

2. Wie gut erinnern Sie sich an die damals von ihnen genannten Lebensbereiche?

Würden Sie sagen, Sie erinnern sich ...

1 = *sehr gut*

2 = *gut*

3 = *mittelmäßig*

4 = *eher schlecht*

5 = *gar nicht*

3. Gab es seit unserem letzten Treffen vor etwa einem halben Jahr bedeutsame Veränderungen oder Ereignisse in Ihrem Leben oder im Leben von nahe stehenden Personen, Freunden, Familie? Denken Sie zum Beispiel an die Gesundheit, einen Umzug oder gab es Todesfälle oder Familienzuwachs?

nein

ja

wenn ja:

Können Sie mir sagen, was das war?

---

---

---

---

---

(bitte umblättern)

Ganz zuletzt habe ich noch zwei kurze Fragen zu Ihrer Gesundheit:

1. An wie vielen körperlichen Erkrankungen leiden Sie im Augenblick? Sie müssen mir nicht sagen, um *welche* Krankheiten im Einzelnen es sich handelt, wenn Sie nicht wollen, nur wie viele.

*Anzahl Erkrankungen:* \_\_\_\_\_

*Details (falls genannt):*

---

---

---

---

---

2. Wie viele von diesen Erkrankungen werden behandelt?

*Anzahl behandelter Erkrankungen:* \_\_\_\_\_

*(Falls Anzahl behandelt < Anzahl insgesamt:)*

2.a Bei wie vielen von den anderen Erkrankungen würden Sie sich eine Behandlung wünschen?

*Anzahl erwünschter Behandlungen:* \_\_\_\_\_

## ANMERKUNGEN

**ANHANG XIII**

**Explorativer Längsschnitt mit dem FLQM –  
Fragebogenbatterie: Teilnehmerversion**

ID \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Interviewer/in \_\_\_\_\_

Uhrzeit \_\_\_\_\_

**FRAGEBOGEN ZUR LEBENSQUALITÄT  
MULTIMORBIDER ÄLTERER MENSCHEN  
FLQM**

**--T2--**

TEILNEHMERVERSION

---

**Verantwortlich:** Dipl.-Psych. Martin Holzhausen, Charité – Universitätsmedizin Berlin,  
Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften, Graduiertenkolleg „Multimorbidität  
im Alter und ausgewählte Pflegeprobleme“, Luisenstr. 13, 10117 Berlin,  
Tel.: 030-450529187, martin.holzhausen@charite.de

## **Was ist in Ihrem Leben wichtig?**

Verschiedene Menschen haben ganz unterschiedliche Vorstellungen, was ihnen im Leben wichtig ist. Ich möchte jetzt gerne von Ihnen wissen, was für Sie von besonderer Bedeutung für ein gutes Leben ist. Das ist möglicherweise eine etwas ungewohnte Frage für Sie. Aber Sie sind die einzige Person die diese Frage beantworten kann, denn Menschen unterscheiden sich in ihren Bedürfnissen und Wünschen natürlich sehr stark voneinander.

Wenn man anderen Menschen diese Frage stellt, nennen viele zum Beispiel

**den Kontakt zu ihrer Familie,  
ihren eigenen Gesundheitszustand  
oder wie gut sie sich bewegen können.**

Es können aber auch ganz andere Dinge eine wichtige Rolle spielen:

**die eigenen geistigen Fähigkeiten, zum Beispiel das Gedächtnis,  
die Art, wie die Wohnung gestaltet ist,  
die Pflege von Freundschaften.**

Anderen Personen ist wichtig,

**am Leben aktiv teilnehmen zu können,  
noch etwas dazulernen und sich weiter zu bilden  
oder ihren Hobbys nachzugehen, zum Beispiel zu musizieren oder  
Sportveranstaltungen zu besuchen.**

Sie sehen also: Es gibt viele Möglichkeiten, was für Ihr Leben bedeutsam sein kann. Deshalb nehmen Sie sich etwas Zeit und denken darüber nach.

Es müssen nicht unbedingt positive Dinge sein - vielleicht vermissen Sie auch etwas Wichtiges in Ihrem Leben oder können Ihre Bedürfnisse in bestimmten Bereichen nicht ganz erfüllen.

Bitte nennen Sie mir in etwa fünf Bereiche in Ihrem Leben (es können auch vier oder sechs sein), die am meisten damit zu tun haben, wie zufrieden Sie mit Ihrem Leben sind.

**Bitte blättern Sie noch nicht um!**

## Wie zufrieden oder unzufrieden sind Sie mit den einzelnen Punkten?

Ich möchte Sie jetzt bitten, dass Sie sich jeden dieser Punkte einmal genauer betrachten: Wie zufrieden oder unzufrieden sind Sie in Ihrer momentanen Situation mit diesem Lebensbereich?

Sie sehen unten eine Skala mit sechs Punkten – so ähnlich wie die Schulnoten. Eine 1 bedeutet, dass sie mit diesem Lebensbereich so sehr zufrieden sind, dass es praktisch nichts zu verbessern gibt. Eine 6 bedeutet, dass Sie so unzufrieden mit diesem Lebensbereich sind, dass Sie es sich fast nicht schlimmer vorstellen können. Bitte geben Sie für jeden Lebensbereich eine Zahl zwischen 1 und 6 an. Damit zeigen Sie, wie zufrieden oder unzufrieden Sie mit jedem einzelnen Bereich sind. Sie können natürlich mit mehreren oder allen Bereiche gleich zufrieden sein - geben Sie ihnen dann einfach die gleiche Zahl auf der Skala.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
Es gibt praktisch nichts zu verbessern	Sehr zufrieden	Zufrieden	Unzufrieden	Sehr unzufrieden	Es könnte fast nicht schlimmer sein

**Bitte blättern Sie noch nicht um!**



## Wie wichtig sind Ihnen die einzelnen Punkte?

Bitte schauen Sie sich nun noch einmal in aller Ruhe die einzelnen Lebensbereiche an. Vermutlich sind sie unterschiedlich wichtig für Sie. Ich würde Sie bitten, für jeden Punkt anzugeben, wie wichtig er Ihnen ist. Sie sehen hier wieder eine Skala zwischen 1 und 6: Eine 1 bedeutet, dass dieser Lebensbereich für Sie zu den wichtigsten Dingen gehört, die es in Ihrem Leben gibt. Eine 6 bedeutet, dass dieser Lebensbereich im Vergleich zu den anderen Punkten für Sie eher unbedeutend ist. Bitte geben Sie für jeden Lebensbereich eine Zahl zwischen eins und sechs an. Damit zeigen Sie, wie wichtig Ihnen jeder einzelne Bereich ist. Sie können natürlich mehrere oder alle Bereiche gleich wichtig finden - geben Sie ihnen dann einfach die gleiche Zahl auf der Skala.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
Eigentlich das Allerwichtigste, was es für mich gibt	Sehr wichtig	Ziemlich wichtig	Wichtig	Eher unwichtig	Hat im Vergleich mit den anderen keine besondere Bedeutung für mich

**Vielen Dank!**

#	Lebensbereich	Zufriedenheit	Wichtigkeit
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

ID \_\_\_\_\_

**Alles in allem betrachtet –  
wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrem Leben?**

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
es gibt praktisch nichts zu verbessern	sehr zufrieden	zufrieden	unzufrieden	sehr unzufrieden	es könnte fast nicht schlimmer sein

**Erklärung**

Hiermit versichere ich, dass ich die vorgelegte Arbeit selbstständig verfasst habe.

Andere als die angegebenen Hilfsmittel habe ich nicht verwendet.

Die Arbeit ist in keinem früheren Promotionsverfahren angenommen oder abgelehnt worden.

---

Datum

Unterschrift



**MDS**  
Medizinischer Dienst  
des Spitzenverbandes Bund  
der Krankenkassen e.V.



SEG 2

**Evaluation der Transparenzvereinbarungen  
Stand 16.02.2010**

**Abschlussbericht**

**Quantitative und qualitative Auswertung der  
Transparenzergebnisse der Medizinischen Dienste für die  
stationäre und ambulante Pflege**

**Berichtszeitraum:**

**stationäre Pflege August und September 2009  
ambulante Pflege Oktober und November 2009**

<b>1 Auftrag zur Evaluation der Transparenzvereinbarung .....</b>	<b>4</b>
1.1 Gesamtzusammenhang .....	4
1.2 Auftrag an den MDS .....	4
1.2.1 Quantitative Auswertung.....	5
1.2.2 Qualitative Auswertung.....	5
1.2.3 Abschlussbericht einschließlich Empfehlungen.....	6
<b>2 Quantitative Analyse.....</b>	<b>7</b>
2.1 Datengrundlage .....	7
2.2 Quantitative Analyse für die stationäre Pflege .....	8
2.2.1 Verteilung der Noten auf Bereichsebene, Verteilung des rechnerischen Gesamtergebnisses (Fragestellung 1) .....	8
2.2.2 Vergleich der Bewertungen auf Bereichsebene mit der Gesamtbewertung .....	10
2.2.3 Bewertung auf Ebene der Kriterien.....	13
2.2.4 Zusammenhang zentraler Risikokriterien mit dem rechnerischen Gesamtergebnis (Fragestellung 2) .....	14
2.2.5 Treten schlechte Prüfergebnisse bei personenbezogenen Kriterien eher vereinzelt oder bei eher mehreren Kriterien gleichzeitig auf? (Fragestellung 3) .....	17
2.2.6 Zur Anzahl einbezogener Personen .....	18
2.2.7 Zusammenfassung der Ergebnisse der quantitativen Analyse für die stationäre Pflege	20
2.3 Quantitative Analyse für die ambulante Pflege .....	22
2.3.1 Verteilung der Noten auf Bereichsebene, Verteilung des rechnerischen Gesamtergebnisses (Fragestellung 1) .....	22
2.3.2 Vergleich der Bewertungen auf Bereichsebene mit der Gesamtbewertung .....	23
2.3.3 Bewertung auf Ebene der Kriterien.....	26
2.3.4 Zusammenhang zentraler Risikokriterien mit dem rechnerischen Gesamtergebnis (Fragestellung 2) .....	27
2.3.5 Treten schlechte Prüfergebnisse bei personenbezogenen Kriterien eher vereinzelt oder bei eher mehreren Kriterien gleichzeitig auf? (Fragestellung 3) .....	29
2.3.6 Zur Anzahl einbezogener Personen .....	31
2.3.7 Zusammenfassung der Ergebnisse der quantitativen Analyse für die ambulante Pflege	33
<b>3 Qualitative Analyse .....</b>	<b>35</b>
3.1 Vorgehen .....	35
3.2 Datengrundlage .....	36
3.3 Ergebnisse der qualitativen Analyse für die stationäre Pflege .....	37
3.3.1 Gesamtergebnis.....	38
3.3.2 Qualitätsbereich 1 „Pflege und medizinische Versorgung“ .....	38
3.3.3 Qualitätsbereich 2 „Umgang mit demenzkranken Bewohnern“ .....	40
3.3.4 Qualitätsbereiche 3 „Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung“ und 4 „Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene“ .....	40
3.3.5 Qualitätsbereich 5 „Befragung der Bewohner“ .....	41
3.4 Zusammenfassung der Ergebnisse der qualitativen Analyse für die stationäre Pflege .....	41
3.5 Ergebnisse der qualitativen Analyse für die ambulante Pflege .....	42
3.5.1 Gesamtergebnis.....	42
3.5.2 Qualitätsbereich 1 „Pflegerische Leistungen“ .....	43
3.5.3 Qualitätsbereich 2 „Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen“ .....	43

3.5.4	Qualitätsbereich 3 „Dienstleistung und Organisation“ .....	44
3.5.5	Qualitätsbereich 4 „Befragung der Kunden“ .....	44
3.6	Zusammenfassung der Ergebnisse der qualitativen Analyse für die ambulante Pflege .....	44
<b>4</b>	<b>Empfehlungen .....</b>	<b>46</b>
4.1	Zusätzliche Bewertungsregel .....	46
4.2	Anpassung der Bewertung für zentrale personenbezogene Kriterien .....	47
4.3	Anpassung der Cut-off-Punkte für die Noten .....	48
4.4	Modifikation für die Zusammenstellung der Personenstichprobe .....	48
4.5	Änderungsbedarf bei einrichtungsbezogenen Kriterien .....	49
4.6	Änderungsbedarf bei personenbezogenen Kriterien.....	51
4.7	Modifizierung der Befragung .....	52
4.8	Messung der Lebensqualität bei Demenz.....	52
4.9	Definition zusätzlicher Ergebniskriterien und Gewichtung dieser Kriterien.....	52
4.10	Weiterführung der Datensammlung .....	53

## 1 Auftrag zur Evaluation der Transparenzvereinbarung

### 1.1 Gesamtzusammenhang

Die Vereinbarungspartner nach § 115 Abs. 1a SGB XI haben Transparenzvereinbarungen für die stationäre Pflege (PTVS) vom 17.12.2008 und für die ambulante Pflege (PTVA) vom 29.01.2009 getroffen. Die Transparenzvereinbarungen sind in die Qualitäts-Prüfungsrichtlinien (QPR) eingearbeitet worden. Die MDK führen seit dem 01.07.2009 Prüfungen auf der Grundlage dieser QPR in stationären Pflegeeinrichtungen durch. Im Oktober 2009 wurde auf der Grundlage der neuen QPR mit den Prüfungen in ambulanten Pflegediensten begonnen. Mit diesen Prüfungen werden die für die Veröffentlichung von Prüfergebnissen nach § 115 Abs. 1a SGB XI erforderlichen Daten erhoben.

Zwischen den Vereinbarungspartnern nach § 115 Abs. 1a SGB XI ist eine Evaluation der Transparenzvereinbarungen als Modellprojekt nach § 8 Abs. 3 SGB XI vereinbart worden. Die Evaluation soll spätestens bis September 2010 abgeschlossen sein, damit deren Ergebnisse noch in das Modellprojekt „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ einfließen können, das im November 2010 abgeschlossen werden soll.

Für die Evaluation der Transparenzvereinbarungen sind folgende drei Schritte vorgesehen:

- Evaluation des Layouts im Hinblick auf Verständlichkeit und Design
- Durchführung eines Workshops
  - zur Diskussion der Transparenzvereinbarungen
  - zur Identifikation von Optimierungspotenzial
  - unter Berücksichtigung u.a. von Ergebnissen aus MDK-Qualitätsprüfungen
- Wissenschaftliche Auswertung
  - der Ergebnisse aus der Evaluation des Layouts
  - der Ergebnisse des Workshops
  - der Erfahrungen des Kümmerers
  - der Ergebnisse aus MDK-Qualitätsprüfungen.

Auf der Grundlage der wissenschaftlichen Auswertungen soll der eingesetzte Beirat zur Evaluation Empfehlungen abgeben.

### 1.2 Auftrag an den MDS

Vor diesem Hintergrund ist der MDS vom GKV-Spitzenverband am 24.07.2009 mit der Durchführung einer quantitativen und qualitativen Auswertung von Daten und Berichten be-



auftragt worden. Ziel ist es, kurz- und mittelfristig erforderlichen Anpassungsbedarf zu den Transparenzvereinbarungen für die ambulante und stationäre Pflege zu identifizieren. Die Daten und Schlussfolgerungen dienen als Grundlage für das dreistufige Modellprojekt des GKV-Spitzenverbandes nach § 8 SGB XI zur Evaluierung der Transparenzvereinbarungen. Sie werden in den am 22.02.2010 geplanten Workshop des GKV-Spitzenverbandes eigen-speist.

### **1.2.1 Quantitative Auswertung**

Im Rahmen der quantitativen Auswertung standen die drei folgenden zentralen Fragestellungen im Vordergrund:

1. Wie verteilen sich die Noten sowohl auf Ebene der Kriterien als auch auf Ebene der einzelnen Qualitätsbereiche sowie auf Ebene der Gesamtbewertung?
2. In welchem Verhältnis stehen ausgewählte personenbezogene Kriterien zur Bewertung des entsprechenden Bereichs und zur Gesamtbewertung? Lassen sich dabei einzelne im Vergleich als „schlecht“ bewertete Kriterien isolieren, die mit einer vergleichsweise „guten“ Bewertung auf der entsprechenden Bereichsebene und/oder einer „guten“ Gesamtbewertung einhergehen?
3. Treten schlechte Prüfergebnisse bei personenbezogenen Kriterien eher vereinzelt oder bei eher mehreren Kriterien gleichzeitig auf?

Hierzu wurden während laufender Datenerhebung insgesamt drei Zwischenberichte erstellt:

1. Zwischenbericht - Stationär (Berichtszeitraum bis September 2009) (Mitte 12.2009)
2. Zwischenbericht als Tabellenwerk - Ambulant (Berichtszeitraum Oktober 2009) (Ende 12.2009)
3. Zwischenbericht - Ambulant (Berichtszeitraum bis November 2009) (Ende 01.2010)

Die Zwischenberichte wurden jeweils mit dem Projektteam "Evaluation" der SEG 2 abgestimmt und sind Grundlage des vorliegenden Abschlussberichts.

Die Auswertungsroutinen zur Beantwortung der Fragestellungen wurden bereits im Vorfeld der Datenerhebung und –sichtung mit dem GKV-Spitzenverband abgestimmt und sind Grundlage der in den Anlagen 1 (stationäre Pflege) und 2 (ambulante Pflege) enthaltenen Tabellen und Abbildungen. Nach Dateneingang und während laufender Datenauswertung wurden die Fragestellungen weiter spezifiziert. Tabellen und Abbildungen zu weiterführenden Auswertungen sind direkt in den vorliegenden Abschlussberichts aufgenommen worden.

### **1.2.2 Qualitative Auswertung**

Ergänzend zu den quantitativen Auswertungen sollten jeweils solche Transparenz- und Prüfberichte einschließlich der Erhebungsbögen aus MDK-Prüfungen in anonymisierter Form einer qualitativen Analyse unterzogen werden, bei denen nach Einschätzung der Prüfer die Gesamt-, Bereichs- oder Kriteriennoten nicht nachvollziehbar waren. Die Ursachen für die abweichenden Einschätzungen sollten von den Prüfern jeweils kurz beschrieben werden.

Um den Schreibaufwand für die Prüfer dabei so gering wie möglich zu halten, wurde den Prüfern gesondert für die ambulante und die stationäre Pflege ein sogenanntes „Diskrepanz-Formular“ zur Verfügung gestellt, in dem die erforderlichen Angaben gemacht werden konnten. Die MDK-Gemeinschaft war aufgefordert, bis zum 20.11.2009 entsprechende Prüfberichte zur Verfügung zu stellen. Bei den eingereichten Prüfberichten handelt es sich um exemplarische Fallbeispiele, sie bilden nicht die Gesamtmenge der Prüfergebnisse, die aus Sicht der Prüfer widersprüchlich waren.

Bei der qualitativen Auswertung sollte Diskrepanzen zwischen

- Prüfberichten und Transparenzberichten
- Einschätzungen der Prüfer zur Qualität der Pflege und der Noten anhand der Transparenzvereinbarungen

nachgegangen werden. Die qualitative Analyse ist durch das Projektteam „Evaluation“ der SEG 2 durchgeführt worden.

### **1.2.3 Abschlussbericht einschließlich Empfehlungen**

Der vorliegende Abschlussbericht wurde unter Einbeziehung der quantitativen sowie der qualitativen Auswertungen vom MDS und dem Projektteam „Evaluation“ der SEG 2 erstellt. Dieser Bericht enthält neben den Ergebnissen Empfehlungen für die Anpassung der Pflegevereinbarungen für die stationäre und ambulante Pflege mit der Festlegung von Prioritäten.

Bei der Betrachtung der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass es sich bei der ambulanten und der stationären Pflege um Versorgungssegmente handelt, die sich in zentralen Merkmalen deutlich voneinander unterscheiden. In der stationären Pflege besteht ein umfassender Versorgungsauftrag (Grund- und Behandlungspflege, soziale Betreuung, Unterkunft und Verpflegung), wobei pflegebedingte Aufwendungen, soziale Betreuung und in der Regel auch die Leistungen der Behandlungspflege im Rahmen pauschaler pflegestufenabhängiger Leistungsbeträge von der sozialen Pflegeversicherung übernommen werden, während die Kosten für Unterkunft und Verpflegung von den Versicherten selber zu tragen sind. Die Unterstützung des individuellen sozialen Netzes steht in der stationären Versorgung eher im Hintergrund. Die Qualitätsanforderungen an Pflegeeinrichtungen in der stationären Pflege ergeben sich insbesondere aus dem bundesweit geltenden SGB XI sowie den Qualitätsvereinbarungen nach § 113 SGB XI unmittelbar für die Pflegeeinrichtungen. Dagegen werden in der ambulanten Pflege einzelne Leistungen zur Grundpflege und zur hauswirtschaftlichen Versorgung als Sachleistung bis zu einem pflegestufenabhängigen Gesamtwert von der sozialen Pflegeversicherung übernommen. Diese Leistungen unterstützen bzw. ergänzen oft Hilfen aus dem individuellen sozialen Netz, die in vielen Fällen zur Aufrechterhaltung des Lebens in der eigenen Wohnung unverzichtbar sind. Darüber hinaus werden Leistungen der Behandlungspflege in der häuslichen Versorgung bei Bedarf gesondert als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht, wenn diese durch einen Vertragsarzt verordnet und durch die Krankenkasse genehmigt worden sind. Die Qualitätsanforderungen an Pflege-

einrichtungen in der ambulanten Pflege ergeben sich einerseits aus dem bundesweit geltenden SGB XI sowie den Qualitätsvereinbarungen nach § 113 SGB XI unmittelbar für die Pflegedienste, dagegen sind Qualitätsanforderungen für die Behandlungspflege nicht einheitlich geregelt sondern richten sich nach den Verträgen zwischen den Leistungserbringern und den Krankenkassen. Aus diesen Gründen sind für die ambulante und die stationäre Pflege notwendigerweise gesonderter Transparenzvereinbarungen getroffen worden. Ein Vergleich der Notenverteilung sowie der Transparenzvereinbarungen für die ambulante und die stationäre Pflege ist nicht möglich.

## **2 Quantitative Analyse**

### **2.1 Datengrundlage**

Grundlage der Auswertung sind die Datensätze zur Transparenz der MDK für die stationäre und die ambulante Pflege. Vereinbarungsgemäß sind in diesen Bericht die Daten der Monate August und September (stationär) sowie Oktober und November (ambulant) 2009 einbezogen worden.

Für die stationäre Pflege wurden von allen MDK Daten an den MDS zur weiteren Auswertung geliefert. Aus technischen Gründen konnten die Daten aus den MDK Rheinland-Pfalz und Niedersachsen nicht in die Auswertung einbezogen werden. Daten zu den Prüfungen in der ambulanten Pflege haben die folgenden MDK geliefert: MDK Bayern, MDK Berlin-Brandenburg, MDK Hessen, MDK Mecklenburg Vorpommern, MDK Sachsen-Anhalt, MDK Westfalen-Lippe, MDK Nordrhein, MDK Thüringen, MDK Sachsen und MDK Rheinland-Pfalz. Der MDK Baden-Württemberg hat erst im Januar 2010 mit der Prüfung ambulanter Dienste begonnen. Aus technischen Gründen konnten in die Auswertung der ambulanten Prüfungen nur die Daten des MDK Bayern, des MDK Berlin-Brandenburg, des MDK Hessen, des MDK Mecklenburg- Vorpommern, des MDK Sachsen-Anhalt, des MDK Westfalen-Lippe, des MDK Nordrhein und des MDK Thüringen einbezogen werden.

In die Datenanalyse sind nur vollständige Datensätze eingeflossen, d.h. Datensätze die Angaben zu den Noten auf Ebene der Kriterien, der Bereiche und des rechnerischen Gesamtergebnisses gemäß des Datenkranzes zur Transparenzvereinbarung enthielten. Insgesamt sind das für die stationäre Pflege 928 Fälle (Stand: 11.12.2009). Ausgehend von einer Grundgesamtheit von ca. 11.000 zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen konnten damit Ergebnisse zur Transparenz für ca. 9 Prozent aller zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen in die Auswertungen einbezogen werden. Es sind alle zur Verfügung stehenden und verarbeitbaren Daten aus den Berichtszeiträumen einbezogen worden, eine Selektion nach Prüfarten hat nicht stattgefunden. Die Daten umfassen mit Ausnahme der Länder Niedersachsen, Bremen und Rheinland-Pfalz Daten aus allen Bundesländern, so dass alle Regionen Deutschlands (Norden, Süden, Osten, Westen) in die Auswertungen einbezogen werden konnten.

Bei der Umsetzung der Transparenzvereinbarungen wurde in den MDK zunächst Priorität auf die stationäre Pflege gelegt. Aus diesem Grund liegt bislang nur eine vergleichsweise geringe Fallzahl ambulanter Prüfungen vor. Grundlage der Auswertungen ambulanter Prüfungen sind insgesamt 231 Datensätze (Stand: 25.01.2010). Ausgehend von ca. 11.500<sup>1</sup> zugelassenen ambulanten Pflegediensten konnten damit die Ergebnisse zur Transparenz für 2 Prozent aller zugelassenen ambulanten Dienste berücksichtigt werden. Es sind alle zur Verfügung stehenden und verarbeitbaren Daten aus den Berichtszeiträumen einbezogen worden, eine Selektion nach Prüfarten hat nicht stattgefunden. Die Daten umfassen Daten aus den Bundesländern, Bayern, Berlin-Brandenburg, Hessen, Mecklenburg- Vorpommern, Sachsen-Anhalt, Westfalen-Lippe, Nordrhein und Thüringen so dass alle Regionen Deutschlands (Norden, Süden, Osten, Westen) in die Auswertungen einbezogen werden konnten.

## **2.2 Quantitative Analyse für die stationäre Pflege**

### **2.2.1 Verteilung der Noten auf Bereichsebene, Verteilung des rechnerischen Gesamtergebnisses (Fragestellung 1)**

Die MDK haben gemäß der Transparenzvereinbarung auf der Grundlage der durchgeführten Prüfungen Angaben zu den Noten auf Ebene der Kriterien, Bereiche und des Gesamtergebnisses gemacht. Die Noten der einzelnen Kriterien und Qualitätsbereiche sowie die Note der Gesamtbewertung wurden im Rahmen der Datenanalyse den fünf Kategorien „sehr gut“ (1,0-1,4), „gut“ (1,5-2,4), „befriedigend“ (2,5-3,4), „ausreichend“ (3,5-4,4) und „mangelhaft“ (4,5-5,0) zugeordnet. Auf dieser Grundlage wurden sowohl auf Bereichsebene als auch auf Ebene der Kriterien Häufigkeitsauszählungen für die einzelnen Kategorien vorgenommen. Für die Noten-Rohwerte wurde darüber hinaus eine Deskription der entsprechenden Verteilungen vorgenommen (Minimum, Maximum, Mittelwert, Median, Perzentile). Zur besseren Lesbarkeit sind die Verteilungen in der nachstehenden Abbildung 1 nochmals graphisch dargestellt.

Die Auswertung ergibt folgendes Bild: Bis auf die Qualitätsbereiche 4 „Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene“ und 5 „Befragung der Bewohner“ verteilen sich die Noten der Qualitätsbereiche über das gesamte mögliche Spektrum. Im Qualitätsbereich 5 schnitten die Einrichtungen im Vergleich zu den übrigen Qualitätsbereichen deutlich besser ab. Nahezu 100 Prozent der Einrichtungen erhielten bei der Zufriedenheitsbefragung die Note gut oder sehr gut. Die Note ausreichend oder mangelhaft kam im Qualitätsbereich 5 nicht vor, die Note „befriedigend“ nur in 0,4 Prozent der Fälle. Auch beim Qualitätsbereich 4 konzentrieren sich die Ergebnisse anders als in den Qualitätsbereichen 1 – 3 mit 90 Prozent auf die Noten sehr gut und gut.

---

<sup>1</sup> Quelle: Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes 2007

67,3 Prozent der Einrichtungen haben das Gesamtergebnis gut oder sehr gut erhalten. 10,0 Prozent der geprüften Einrichtungen haben das Gesamtergebnis ausreichend oder mangelhaft erhalten. Die Note mangelhaft wird auf Ebene der Gesamtbewertung nur in wenigen Einzelfällen vergeben (1,6 Prozent).

Die Qualitätsbereiche 1 „Pflege und medizinische Versorgung“, 2 „Umgang mit demenzkranken Bewohnern“ und 3 „Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung“ sind zentrale Qualitätsbereiche, da diese hauptsächlich durch bewohnerbezogene Kriterien gebildet werden (Qualitätsbereich 1, z.T. Qualitätsbereich 2) und konkrete Informationen zur Versorgungsqualität (Qualitätsbereich 1 und Qualitätsbereich 2) liefern oder das Leistungsangebot (Qualitätsbereich 3) bewerten. In diesen zentralen Qualitätsbereichen lag das Bereichsergebnis in ca. 16,9 Prozent für Qualitätsbereich 1, für Qualitätsbereich 2 bei 20,7 Prozent und für Qualitätsbereich 3 bei 11,6 Prozent der Einrichtungen bei ausreichend oder mangelhaft. Mangelhaft war das Bereichsergebnis bei diesen Qualitätsbereichen in 9,1 Prozent (für Qualitätsbereich 2) bis 4,3 Prozent (für Qualitätsbereich 1) der Einrichtungen. Die Note befriedigend erhalten sowohl in der Gesamtnote als auch in den zentralen Qualitätsbereichen Q1 – 3 18,0 (Qualitätsbereich 2) – 27,4 (Qualitätsbereich 1) Prozent der geprüften Heime. 90,1 Prozent der Einrichtungen erhalten im Qualitätsbereich 4 „Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene“ die Note gut oder sehr gut. Tabelle 2a (Anlage 1) gibt Auskunft über die deskriptive Statistik der Bewertung auf Bereichsebene und der Gesamtbewertung. Im Vergleich schneidet der Qualitätsbereich 1 mit einer mittleren Bewertung von  $M=2,38$  am schlechtesten ab.

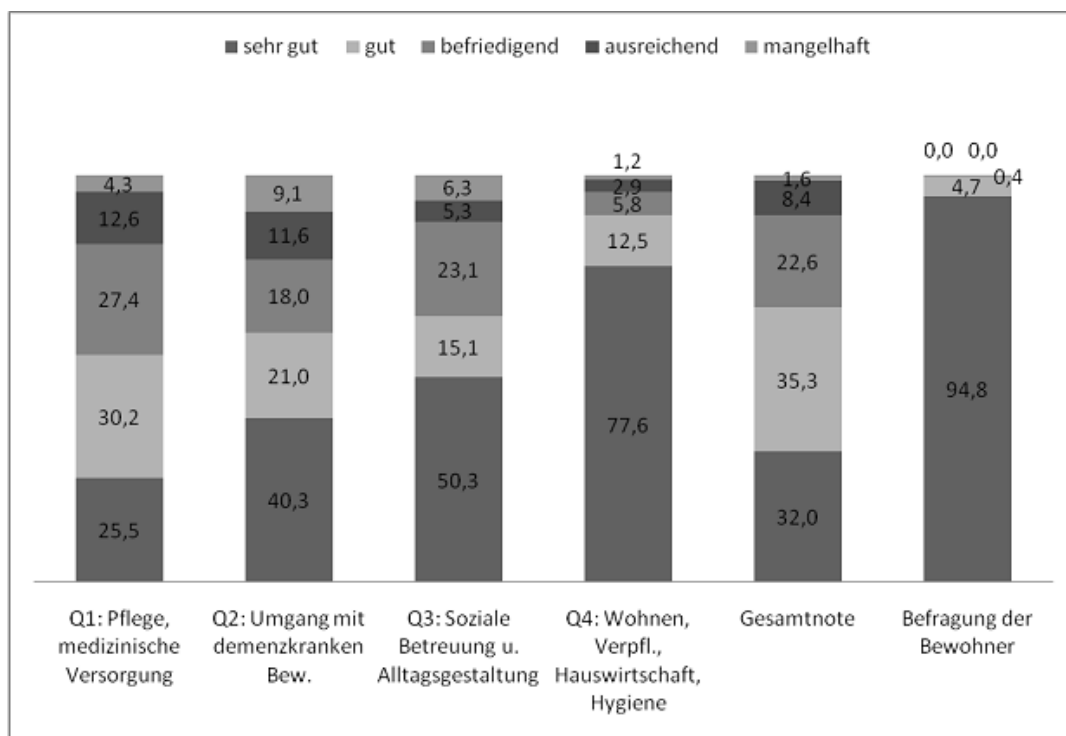


Abbildung 1: Verteilung der Noten für die stationäre Pflege (in Prozent)

## 2.2.2 Vergleich der Bewertungen auf Bereichsebene mit der Gesamtbewertung

Die in Kapitel 2.2.1 beschriebenen Verteilungen der Bereichs- und Gesamtergebnisse für die stationäre Pflege haben gezeigt, dass 4,3 – 9,1 Prozent aller geprüften Einrichtungen in den zentralen Qualitätsbereichen 1 – 3 eine mangelhafte Bewertung erhalten haben, aber nur 1,6 Prozent aller Einrichtungen im rechnerischen Gesamtergebnis mit einer Note mangelhaft abgeschnitten haben. Dieses Ergebnis weist darauf hin, dass schlechte Ergebnisse eines Bereiches durch gute Ergebnisse in einem anderen Bereich ausgeglichen werden können. Um diesen Sachverhalt näher zu analysieren werden im Folgenden die Bereichsnoten mit dem rechnerischen Gesamtergebnisse für die stationäre Pflege verglichen.

In den Abbildungen 1.c der Anlage 1 sind die Verteilungen der einzelnen Qualitätsbereiche der Verteilung der Gesamtbewertung gegenübergestellt. Es zeigt sich, dass die Verteilung des Qualitätsbereiches 1 „Pflegerische und medizinische Versorgung“ nahezu der Verteilung der Gesamtbewertung entspricht. Obwohl einige der personenbezogenen Kriterien des Qualitätsbereichs 1 nicht in jeder Prüfung zutreffen, ist davon auszugehen, dass der Qualitätsbereich 1 aufgrund der Anzahl relevanter Kriterien einen deutlichen Einfluss auf die Gesamtbewertung hat. Lediglich fünf der insgesamt 35 Kriterien des Qualitätsbereichs 1 trafen in nur ca. der Hälfte aller durchgeführten Prüfungen zu: T5 „Kompressionsstrümpfe“ (59,0 Prozent), T8 „Ort / Zeitpunkt chronische Wunde“ (52,9 Prozent), T9 „Wunddokumentation“ (52,4 Prozent) T10 „Wundbehandlung“ (52,5 Prozent), T11 „Wundbehandlung angepasst“ (50,7 Prozent), T19 „Geschmackssinn angeregt bei Ernährungssonde“ (35,6 Prozent) (vgl. Tabelle 6a in Anlage 1). Tabelle 1 ist zu entnehmen, dass im Mittel 30 Kriterien in die Bewertung des Qualitätsbereich 1 einbezogen werden konnten. Die Ergebnisse der Korrelationsanalyse bestätigen, dass zwischen dem Qualitätsbereich 1 und dem rechnerischen Gesamtergebnis der stärkste Zusammenhang besteht ( $r=.908$ ).

**Tabelle 1: Statistische Kennwerte Zusammenhang Bereichsergebnisse und rechnerisches Gesamtergebnis – stationäre Pflege**

	Qualitätsbereich 1 (35)	Qualitätsbereich 2 (10)	Qualitätsbereich 3 (10)	Qualitätsbereich 4 (10)
Korrelationskoeffizient (Bereich – Gesamtbewertung)	<b>.908**</b>	<b>.797**</b>	<b>.743**</b>	<b>.643**</b>
Anzahl einbezogener Items im Durchschnitt	<b>30,4</b>	<b>9,9</b>	<b>9,6</b>	<b>9,9</b>
Minimum Anzahl einbezog. Items	<b>14</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>7</b>
Maximum Anzahl einbezog. Items	<b>35</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>10</b>

\*\*Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant

Um den Zusammenhang zwischen den Bewertungen auf Bereichsebene und der Gesamtebene noch näher zu verdeutlichen, wurden die geprüften Einrichtungen anhand ihrer Ge-

sambewertung zwei Subgruppen zugeordnet („gute“ = Note  $\leq 2,4$  vs. „schlechte“ = Note  $\geq 3,5$  Gesamtbewertung). Für beide Subgruppen wurden sodann die Verteilungen der Noten auf Ebene der Bereiche berechnet. Die Ergebnisse sind den Tabellen 4a.1 und 4a.2 der Anlage 1 zu entnehmen. Es zeigt sich, dass der größte Anteil von Einrichtungen mit einer Gesamtbewertung von 2,4 oder besser ( $n=625$ ) auch „sehr gut“ bis „gut“ auf Ebene der Qualitätsbereiche abschneidet. Es erhielten nur 6 der insgesamt 625 Einrichtungen eine Bewertung von „ausreichend“ im Qualitätsbereich 1 „Pflege und medizinische Versorgung“; 25 Einrichtungen im Qualitätsbereich 2 „Umgang mit demenzkranken Bewohnern“. Ebenfalls 6 Einrichtungen wurden im Qualitätsbereich 3 „Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung“ mit „ausreichend“ bewertet. Jeweils 3 Einrichtungen mit einer guten Gesamtbewertung haben in den Qualitätsbereichen 2 und 3 eine mangelhafte Bewertung erhalten.

Den Tabellen 4a.2 der Anlage 1 ist zu entnehmen, dass Einrichtungen, denen eine Gesamtbewertung von 3,5 und schlechter zugewiesen wurde ( $n=93$ ), auch in den zentralen Qualitätsbereichen vergleichsweise schlecht abgeschnitten haben. Von Interesse ist darüber hinaus die Frage, ob es Einrichtungen gibt, die in den einzelnen Qualitätsbereichen eine ausreichende oder mangelhafte Bewertung erhalten haben, in der Gesamtbetrachtung jedoch gut oder sehr gut abgeschnitten haben. Diese Fragestellung soll anhand der nachfolgenden Kreuztabellen beantwortet werden.

Tabelle 2 ist zu entnehmen, dass es keinen Fall gibt, in dem eine mangelhafte Bewertung der einzelnen Qualitätsbereiche mit einer sehr guten Gesamtbewertung einhergeht. Es lassen sich jedoch 6 Fälle für den Qualitätsbereich 1 „Pflege und medizinische Versorgung“, 25 Fälle für den Qualitätsbereich 2 „Umgang mit demenzkranken Bewohnern“, 7 Fälle für den Qualitätsbereich 3 „Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung“ und 1 Fall für den Qualitätsbereich 4 „Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene“ identifizieren, die auf Ebene der Bereichsbewertung zwar ausreichend abgeschnitten haben, insgesamt aber die Note gut erhalten haben.

**Tabelle 2: Kreuztabelle Bewertung Qualitätsbereich 1 „Pflege und medizinische Versorgung“ und Gesamtbewertung – stationäre Pflege**

Gesamtbewertung	Bewertung Qualitätsbereich 1 „Pflege und medizinische Versorgung“					
	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft	Gesamt
sehr gut	214	83	0	0	0	297
gut	22	182	118	6	0	328
befriedigend	0	14	128	61	7	210
ausreichend	0	1	8	49	20	78
mangelhaft	1	0	0	1	13	15
insgesamt	237	280	254	117	40	928

**Tabelle 3: Kreuztabelle Bewertung Qualitätsbereich 2 „Umgang mit demenzkranken Bewohnern“ und Gesamtbewertung – stationäre Pflege**

Gesamtbewertung	Bewertung Qualitätsbereich 2 „Umgang mit demenzkranken Bewohnern“					
	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft	Gesamt
sehr gut	256	39	2	0	0	297
gut	105	117	78	25	3	328
befriedigend	11	36	74	55	34	210
ausreichend	2	3	11	26	36	78
mangelhaft	0	0	2	2	11	15
insgesamt	374	195	167	108	84	928

**Tabelle4: Kreuztabelle Bewertung Qualitätsbereich 3 „Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung“ und Gesamtbewertung – stationäre Pflege**

Gesamtbewertung	Bewertung Qualitätsbereich 3 „Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung“					
	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft	Gesamt
sehr gut	261	24	12	0	0	297
gut	167	75	76	7	3	328
befriedigend	39	41	94	19	17	210
ausreichend	0	0	29	19	30	78
mangelhaft	0	0	3	4	8	15
insgesamt	467	140	214	49	58	928

**Tabelle 5: Kreuztabelle Bewertung Qualitätsbereich 4 „Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene“ und Gesamtbewertung – stationäre Pflege**

Gesamtbewertung	Bewertung Qualitätsbereich 4 „Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene“					
	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft	Gesamt
sehr gut	294	3	0	0	0	297
gut	280	38	9	1	0	328
befriedigend	125	54	22	6	3	210
ausreichend	19	21	18	17	3	78
mangelhaft	2	0	5	3	5	15
insgesamt	720	116	54	27	11	928



## 2.2.3 Bewertung auf Ebene der Kriterien

### 2.2.3.1 Vorgehen

Die Verteilung der Noten auf Ebene der Kriterien sind der Anlage 1 zu entnehmen. Von Interesse ist im vorliegenden Zusammenhang zunächst die Frage, wie die Kriterien eines entsprechenden Qualitätsbereichs im Vergleich zueinander abschneiden. In den Abbildungen 2b – 2f der Anlage 1 sind die Notenergebnisse für die personenbezogenen und einrichtungsbezogenen Kriterien für jeden der relevanten Qualitätsbereiche gegenübergestellt. Das Verhältnis der personenbezogenen Kriterien ist anhand eines Netzdiagramms, das die jeweiligen Mittelwerte abbildet, dargestellt. Die Kategorien der dichotomen einrichtungsbezogenen Kriterien sind mittels Balkendiagrammen gegenübergestellt. Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse beschrieben.

Insgesamt fällt auf, dass sich die Noten auf der Ebene der Kriterien bimodal unsymmetrisch verteilen, die Verteilung weist nicht einen sondern zwei Gipfel auf, nämlich genau bei beiden möglichen Extremwerten "sehr gut" und "mangelhaft", mit einer – bei den meisten Items – Tendenz zum positiven Extremwert "sehr gut". Da sich für bimodal unsymmetrische Verteilungen eher der Median als Lagemaß eignet, wird dieser bei der Ergebnisdarstellung zusätzlich zum Mittelwert berichtet. Der Median teilt die Stichprobe in zwei gleich große Teile und erlaubt eine adäquatere Beschreibung asymmetrischer Verteilungen<sup>2</sup>. Gefördert wird diese Verteilung u.a. dadurch, dass bei einer Vielzahl der Kriterien nur eine Person in die Prüfung einbezogen werden konnte. Eine detaillierte Beschreibung dieser Problematik findet sich in Kapitel 2.2.6.

### 2.2.3.2 Ergebnisse

Im Qualitätsbereich 1 „Pflege und medizinische Versorgung“ schneiden die folgenden bewohnerbezogenen Kriterien im Vergleich am schlechtesten ab: T7 „Dekubitusprophylaxe“ (M=3,3; Md=4,1), T20 „Schmerzeinschätzung“ (M=3,5; Md=4,8), T27 „Kontrakturrisikoerfassung“ (M=3,5; Md=4,8) und T28 „Kontrakturprophylaxe“ (M=3,7; Md= 5,0). Die schlechteste Bewertung erhält das Kriterium T28, 56 Prozent aller geprüften Einrichtungen erhalten hier eine mangelhafte Bewertung. Eine besonders gute Bewertung erhalten hingegen die Kriterien T1 „Kommunikation mit dem Arzt“ (M=1,4; Md= 1,0), T12 „Medikamente bei chronischen Schmerzen“ (M=1,3; Md=1,0), T18 „Flüssigkeitsversorgung angemessen“ (M=1,3; Md=1,0) und T25 „Sturzereignisse dokumentiert“ (M=1,3; MD=1,0). Bei den beiden einrichtungsbezogenen Kriterien erhalten 14,3 Prozent aller geprüften Einrichtungen eine mangelhafte Bewertung beim Kriterium T34 „Schulungen Erste-Hilfe“, beim Kriterium T35 „Verfahrensanweisungen Erste-Hilfe“ erhält keine der geprüften Einrichtungen eine mangelhafte Bewertung.

Im Qualitätsbereich 2 „Umgang mit demenzkranken Bewohnern“ hat das Kriterium T39 „Wohlbefinden bei Demenz ermittelt“ im Vergleich am schlechtesten abgeschnitten (M=3,5;

---

<sup>2</sup> Altman, D.G. & Bland, J.M. (1994). Quartiles, quantiles, centiles, and other quantiles. British medical Journal, 1994, 309-996.

Md=5,0). 53 Prozent aller geprüften Einrichtungen erhalten bei diesem Kriterium eine mangelhafte Notenbewertung.

Im Qualitätsbereich 3 „Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung“ schneiden die einrichtungsbezogenen Kriterien T52 „Hilfestellung zur Eingewöhnung“ (33,7 Prozent mangelhafte Bewertung) und T53 „Auswertung der Eingewöhnungsphase“ (54,1 Prozent mangelhafte Bewertung) am schlechtesten ab.

Von den Kriterien des Qualitätsbereichs 4 „Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene“ – die im Vergleich zu allen übrigen Kriterien gut abschneiden – wurde das Kriterium T57 „Mitwirkung an Gestaltung der Gemeinschaftsräume“ (22,7 Prozent mangelhafte Bewertung) am schlechtesten bewertet.

Über alle vier Qualitätsbereiche von 1 – 4 hinweg betrachtet, wurden die Kriterien T7, T20, T27, T28 (Qualitätsbereich 1), T39 (Qualitätsbereich 2), T52, T53 (Qualitätsbereich 3) und T54 (Qualitätsbereich 4) vergleichsweise häufig schlecht bewertet.

## **2.2.4 Zusammenhang zentraler Risikokriterien mit dem rechnerischen Gesamtergebnis (Fragestellung 2)**

### **2.2.4.1 Vorgehen**

Auf der Grundlage pflegfachlicher und medizinischer Überlegungen und vorangegangener Erfahrungen<sup>3</sup> wurden aus den Transparenzkriterien besonders relevante Kriterien ausgewählt und die Benotung dieser Kriterien in Zusammenhang mit der entsprechenden Bereichsbewertung und dem rechnerischen Gesamtergebnis gebracht. Als relevant wurden Kriterien dann eingestuft, wenn deren Nichterfüllung deutliche Auswirkungen auf die Gesundheit bzw. Lebensqualität haben kann. Diese Kriterien werden im Folgenden Risikokriterien genannt. Insbesondere bei diesen Kriterien führen gute Ergebnisse auf übergeordneter Ebene (Qualitätsbereiche, Gesamtergebnis) und schlechte Ergebnisse auf Kriterienebene zu Diskrepanzen in der fachlichen Einschätzung der Ergebnisse. Hierbei wurden für die stationäre Pflege zwei Kriterien (T15 und T18) identifiziert, die – bei Nichterfüllung – tatsächlich vorhandene Versorgungsdefizite abbilden. Bewusst wurden für die stationäre Pflege Risikokriterien ausgewählt, die für alle Bewohner unabhängig von ihrer Erkrankung zutreffen können, auf die Auswahl von Kriterien, die nur für Personen mit Demenz und damit für eine Teilmenge zutreffen können, wurde verzichtet. Die Risikokriterien für die stationäre Pflege sind in Abbildung 2 abgebildet.

---

<sup>3</sup> vgl. MDS (Hrsg.) (2007): 2. Bericht des MDS nach § 118 Abs. 4 SGB XI. Essen.

<b>Wesentliche Risikokriterien aus Q 1 - stationär</b>	
<b>T7</b>	Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?
<b>T10</b>	Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?
<b>T14</b>	Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Nahrungsversorgung durchgeführt?
<b>T15</b>	Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung?
<b>T17</b>	Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?
<b>T18</b>	Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung?
<b>T23</b>	Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?
<b>T26</b>	Werden erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?
<b>T28</b>	Werden die erforderlichen Kontrakturprophylaxen durchgeführt?

**Abbildung 2: ausgewählte Risikokriterien stationär**

Die als Risikokriterien identifizierten Kriterien wurden einer gesonderten Analyse unterzogen. Von Interesse war im vorliegenden Zusammenhang insbesondere die Frage, ob sich Einrichtungen identifizieren lassen, die insgesamt betrachtet zwar gut abschneiden, allerdings erhebliche Mängel bei den als besonders relevant eingestuften Risikokriterien aufweisen. Zur Beantwortung dieser Fragestellung wurden die ausgewählten Kriterien einem Vergleich mit dem rechnerischen Gesamtergebnis und der jeweiligen Bereichsnote unterzogen. Hierfür wurden in einem ersten Schritt diejenigen Fälle ausgewählt, bei denen die genannten Kriterien als mangelhaft eingestuft worden sind, in einem zweiten Schritt wurde für diese Fälle die Verteilung der Gesamtbewertung und der Bereichsbewertung errechnet.

#### 2.2.4.2 Ergebnisse

Tabelle 6 zeigt die Verteilung der Gesamtbewertung bei denjenigen Fällen, die in den jeweiligen Risikokriterien als mangelhaft bewertet worden sind. Zunächst fällt auf, dass insbesondere die Kriterien T7 „Dekubitusprophylaxe“, T26 „Sturzprophylaxe“ und T28 „Kontrakturprophylaxe“ vergleichsweise häufig die Note mangelhaft erhalten haben. Von den 505 Einrichtungen die eine mangelhafte Bewertung bei dem Kriterium T28 „Kontrakturprophylaxe“ erhalten haben, erreichen trotzdem noch 178 eine sehr gute und gute Bewertung im Qualitätsbereich 1 (vgl. Tabelle 6). Die Diskrepanz fällt für den Vergleich mit dem rechnerischen Gesamtergebnis noch größer aus: Hier erhalten 259 der 505 bei Kriterium T28 als mangelhaft bewerteten Einrichtungen immer noch eine gute oder sehr gute Gesamtbewertung (vgl. Tabelle 7).

**Tabelle 6: Bereichsergebnis bei ausgewählten mit mangelhaft bewerteten Risikokriterien – stationäre Pflege**

Bereichsnote	geprüft	davon									
		sehr gut		gut		befriedigend		ausreichend		mangelhaft	
		a.	%	a.	%	a.	%	a.	%	a.	%
<b>T7</b> „Dekubitusprophylaxe“	354	22	6,2	71	20,1	130	36,7	93	26,3	38	10,7
<b>T10</b> „Wundbehandlung“	105	3	2,9	17	16,2	34	32,4	34	32,4	17	16,2
<b>T14</b> Erforderliche Maßnahmen Ernährung“	181	8	4,4	29	16,0	62	34,3	50	27,6	32	17,7
<b>T15</b> „Ernährungszustand angemessen“	14	0	0,0	1	7,1	2	14,3	6	42,9	5	35,7
<b>T17</b> „Erforderliche Maßnahmen Flüssigkeitsversorgung“	165	2	1,2	17	10,3	56	33,9	58	35,2	32	19,4
<b>T18</b> „Flüssigkeitsversorgung angemessen“	20	0	0,0	3	15,0	7	35,0	6	30,0	4	20,0
<b>T23</b> „Erforderliche Maßnahmen Inkontinenz“	157	3	1,9	20	12,7	52	33,1	48	30,6	34	21,7
<b>T26</b> „Sturzprophylaxe“	278	4	1,4	54	19,4	110	39,6	72	25,9	38	13,7
<b>T28</b> „Kontrakturprophylaxe“	505	29	5,7	149	29,5	188	37,2	102	20,2	37	7,3

**Tabelle 7: Rechnerisches Gesamtergebnis bei ausgewählten mit mangelhaft bewerteten Risikokriterien – stationäre Pflege**

Gesamtbewertung	geprüft	davon									
		sehr gut		gut		befriedigend		ausreichend		mangelhaft	
		a.	%	a.	%	a.	%	a.	%	a.	%
<b>T7</b> „Dekubitusprophylaxe“	354	34	9,6	124	35,0	119	33,6	65	18,4	12	3,4
<b>T10</b> „Wundbehandlung“	105	9	8,6	31	29,5	37	35,2	21	20,0	7	6,7
<b>T14</b> Erforderliche Maßnahmen Ernährung“	181	13	7,2	53	29,3	61	33,7	45	24,9	9	5,0
<b>T15</b> „Ernährungszustand angemessen“	14	0	0,0	2	14,3	5	35,7	6	42,9	1	7,1
<b>T17</b> „Erforderliche Maßnahmen Flüssigkeitsversorgung“	165	5	3,0	37	22,4	69	41,8	42	25,5	12	7,3
<b>T18</b> „Flüssigkeitsversorgung angemessen“	20	2	10,0	5	25,0	8	40,0	4	20,0	1	5,0
<b>T23</b> „Erforderliche Maßnahmen Inkontinenz“	157	7	4,5	45	28,7	59	37,6	35	22,3	11	7,0
<b>T26</b> „Sturzprophylaxe“	278	10	3,6	91	32,7	107	38,5	57	20,5	13	4,7
<b>T28</b> „Kontrakturprophylaxe“	505	65	12,9	194	38,4	163	32,3	69	13,7	14	2,8

## 2.2.5 Treten schlechte Prüfergebnisse bei personenbezogenen Kriterien eher vereinzelt oder bei eher mehreren Kriterien gleichzeitig auf? (Fragestellung 3)

### 2.2.5.1 Vorgehen

Die im vorangegangenen Abschnitt berichteten Ergebnisse geben Auskunft darüber, wie häufig auf der Ebene einzelner Kriterien Diskrepanzen zwischen der Bewertung des jeweiligen Kriteriums und der entsprechenden Bereichsbewertung bzw. der Gesamtbewertung vorkommen. In einem weiteren Schritt ist nun zu prüfen, ob Diskrepanzen dieser Art nur einzelne oder Kombinationen personenbezogener Risikokriterien betreffen. Zu diesem Zweck wurden Häufigkeitsauszählungen vorgenommen, die Auskunft darüber geben, in wieweit mangelhaft bewertete Risikokriterien gehäuft vorkommen und wie sich solche Fälle auf das Ergebnis des entsprechenden Qualitätsbereichs und das rechnerische Gesamtergebnis verteilen.

### 2.2.5.2 Ergebnisse

Tabelle 8 ist zu entnehmen, wie sich die Noten für den Qualitätsbereich 1 „Pflegerische Versorgung“ verteilen, wenn eine festgelegte Anzahl von Risikokriterien in Kombination miteinander mangelhaft bewertet worden ist. In 100 von 287 Fällen, bei denen 2 – 3 Risikokriterien als mangelhaft bewertet worden sind, kommen die Noten sehr gut und gut für den Qualitätsbereich 1 vor, davon lediglich in 7 Fällen die Note sehr gut. Die Note sehr gut kommt für den Qualitätsbereich 1 nicht mehr vor, wenn 3 und mehr der Risikokriterien mangelhaft bewertet worden sind. Die Note gut kommt für den Qualitätsbereich 1 nicht mehr vor, wenn 6 und mehr der Risikokriterien mangelhaft bewertet worden sind. Die Note mangelhaft kommt für den Qualitätsbereich 1 nicht vor, wenn lediglich bis zu drei Risikokriterien mangelhaft bewertet worden sind.

**Tabelle 8: Anzahl mangelhaft bewerteter Risikokriterien im Vergleich zur Note des Qualitätsbereichs 1 „Pflegerische Versorgung“ – stationär**

Anzahl mangelhaft bewerteter Risikokriterien	geprüft	davon Ergebnis Qualitätsbereich 1 „Pflegerische Versorgung“									
		sehr gut		gut		befriedigend		ausreichend		mangelhaft	
		a.	%	a.	%	a.	%	a.	%	a.	%
0	266	173	65,0	79	29,7	14	5,3	0	-	0	-
1	205	57	27,8	97	47,3	49	23,9	2	1,0	0	-
2	165	7	4,2	63	38,2	78	47,3	17	10,3	0	-
3	113	0	-	30	26,5	55	48,7	28	24,8	0	-
4	67	0	-	7	10,4	30	44,8	25	37,3	5	7,5
5	61	0	-	4	6,6	20	32,8	29	47,5	8	13,1
6	30	0	-	0	-	5	16,7	11	36,7	14	46,7
7	17	0	-	0	-	3	17,6	3	17,6	11	64,7
8	3	0	-	0	-	0	-	1	33,3	2	66,7
9	1	0	-	0	-	0	-	1	100,0	0	-

Tabelle 9 ist zu entnehmen wie sich die Noten für das rechnerische Gesamtergebnis verteilen, wenn eine festgelegte Anzahl von Risikokriterien in Kombination miteinander mangelhaft bewertet worden ist. In 191 von 523 Fällen, bei denen 2 – 5 Risikokriterien als mangelhaft bewertet worden sind, kommt die Note sehr gut und gut für das rechnerische Gesamtergebnis vor. Die Note sehr gut kommt für das rechnerische Gesamtergebnis nicht mehr vor, wenn 6 und mehr der Risikokriterien mangelhaft bewertet worden sind. Die Note gut kommt für das rechnerische Gesamtergebnis nicht mehr vor, wenn 8 und mehr der Risikokriterien mangelhaft bewertet worden sind.

**Tabelle 9: Anzahl mangelhaft bewerteter Risikokriterien im Vergleich zum rechnerischen Gesamtergebnis – stationäre Pflege**

Anzahl mangelhaft bewerteter Risikokriterien	geprüft	Ergebnis rechnerisches Gesamtergebnis									
		sehr gut		gut		befriedigend		ausreichend		mangelhaft	
		a.	%	a.	%	a.	%	a.	%	a.	%
0	266	188	70,7	68	25,6	9	3,4	1	0,4	0	-
1	192	82	40,0	90	43,9	30	14,6	2	1,0	1	0,5
2	154	20	12,1	80	48,5	55	33,3	10	6,1	0	-
3	111	6	5,3	51	45,1	42	37,2	13	11,5	1	0,9
4	64	0	-	24	35,8	30	44,8	10	14,9	3	4,5
5	40	1	1,6	9	14,8	29	47,5	21	34,4	1	1,6
6	53	0	-	4	13,3	11	36,7	11	36,7	4	13,3
7	23	0	-	2	11,8	2	11,8	8	47,1	5	29,4
8	18	0	-	0	-	1	33,3	2	66,7	0	-
9	3	0	-	0	-	1	100,0	0	-	0	-

### 2.2.6 Zur Anzahl einbezogener Personen

Die Häufigkeiten zutreffender Items auf Einrichtungsebene sind der Tabelle 6a der Anlage 1 zu entnehmen. In der stationären Pflege konnten vergleichsweise häufig die Kriterien T8 – T11 (Kriterien zur Wundversorgung) und T19 „Geschmackssinn angeregt bei Ernährungssonde“ nicht geprüft werden. Trafen die Kriterien in der Pflegeeinrichtung zu, konnten einige davon – wie die Tabelle 10 zeigt – relativ häufig nur bei einer Person geprüft werden. Dies gilt insbesondere für die Kriterien T5 „Kompressionsstrümpfe“ T8 – T11 (Kriterien zur Wundversorgung), T19 „Geschmackssinn angeregt bei Ernährungssonde“, T21 „Kooperation mit Arzt bei Schmerzen“, T25 „Sturzereignisse dokumentiert“, T29 „Einwilligung freiheitseinschränkender Maßnahmen“ und T30 „Notwendigkeit freiheitseinschränkender Maßnahmen geprüft“. Dies ist eine Erklärung für die bimodale unsymmetrische Verteilung der Noten auch bei personenbezogenen Kriterien. Im Qualitätsbereich 2 „Umgang mit demenzkranken Bewohner“ ist diese Problematik nicht erkennbar (vgl.

Tabelle 11).

**Tabelle 10: Mittelwert, Minimum, Maximum und Häufigkeiten einbezogener Personen für den Qualitätsbereich 1 „Pfleger und medizinische Versorgung“ – stationäre Pflege (Mittelwert, Minimum und Maximum beziehen sich nur auf diejenigen Fälle, in denen das Kriterium geprüft werden konnte und Angaben einbezogener Personen vorlagen)**

Kriterium	M	Min	Max	Anzahl =0 in %	Anzahl= 1 in %	Anzahl= 2 in %	Anzahl >2 in %
T1	6,61	1	17	1,6	3,2	2,7	92,5
T2	5,65	1	16	2,9	7,2	7,5	82,4
T3	7,36	1	16	1,4	0,6	1,1	96,9
T4	7,35	1	16	1,4	0,6	1,0	97,0
T5	1,76	1	7	40,9	<b>30,6</b>	16,8	11,7
T6	7,48	1	17	1,3	0,8	0,8	97,1
T7	3,81	1	12	2,8	8,6	18,0	70,6
T8	1,47	1	6	<b>47,1</b>	<b>34,6</b>	13,7	4,6
T9	1,47	1	6	<b>47,6</b>	<b>34,5</b>	13,1	4,8
T10	1,45	1	6	<b>47,5</b>	<b>35,1</b>	12,7	4,7
T11	1,45	1	6	<b>49,4</b>	<b>34,1</b>	12,1	4,4
T12	2,60	1	9	15,9	22,3	25,6	36,2
T13	7,48	1	17	1,2	0,8	0,9	97,1
T14	5,41	1	15	1,8	3,3	6,0	88,9
T15	7,48	1	17	1,2	0,9	0,8	97,1
T16	7,48	1	17	1,2	0,8	0,8	97,2
T17	5,21	1	15	1,9	3,3	7,4	87,4
T18	7,48	1	17	1,2	0,8	0,9	97,1
T19	1,37	1	6	<b>64,4</b>	<b>26,0</b>	6,9	2,7
T20	3,24	1	15	13,0	18,5	22,4	46,1
T21	2,64	1	9	15,7	<b>21,9</b>	24,6	37,8
T22	6,23	1	16	0,6	1,7	3,1	94,6
T23	5,89	1	15	0,8	2,0	8,9	88,3
T24	7,48	1	17	1,2	0,8	0,9	97,1
T25	2,39	1	8	23,4	<b>25,3</b>	22,2	29,1
T26	5,90	1	17	0,4	2,2	5,1	92,3
T27	7,48	1	17	1,2	0,8	0,8	97,2
T28	3,78	1	13	2,9	12,0	16,8	68,3
T29	2,38	1	9	36,3	<b>23,2</b>	16,9	23,6
T30	2,28	1	10	37,2	<b>24,7</b>	16,1	22,0
T31	7,36	1	17	0,1	1,2	1,0	97,7
T32	6,16	1	16	0,6	2,2	3,4	93,8
T33	7,48	1	17	1,2	0,8	0,9	97,1

**Tabelle 11: Mittelwert, Minimum, Maximum und Häufigkeiten einbezogener Personen für den Qualitätsbereich 2 „Umgang mit demenzkranken Bewohnern“ –stationäre Pflege (Mittelwert, Minimum und Maximum beziehen sich nur auf diejenigen Fälle, in denen das Kriterium geprüft werden konnte und Angaben einbezogener Personen vorlagen)**

Kriterium	M	Min	Max	Anzahl =0 in %	Anzahl= 1 in %	Anzahl= 2 in %	Anzahl >2 in %
T36	4,40	1	15	4,4	5,5	13,6	76,5
T37	3,88	1	14	6,0	8,3	18,0	67,7
T38	4,33	1	14	5,1	5,9	14,1	74,9
T39	4,43	1	15	4,6	5,5	12,8	77,1
T44	4,44	1	15	4,4	5,4	13,3	76,9

### 2.2.7 Zusammenfassung der Ergebnisse der quantitativen Analyse für die stationäre Pflege

Auf der Grundlage der in diesen Abschlussbericht einbezogenen Daten aus MDK-Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege kann zunächst festgehalten werden, dass die Transparenzvereinbarung – fokussiert auf die vereinbarten Transparenzkriterien – grundsätzlich geeignet ist, Qualitätsunterschiede in der stationären Pflege darzustellen:

- Bei der Gesamtnote verteilen sich die Noten auf das gesamte Notenspektrum von sehr gut bis mangelhaft.
- Bei den Qualitätsbereichen 1 „Pflege und medizinische Versorgung“ und 2 „Umgang mit demenzkranken Bewohnern“ verteilen sich die Bereichsnoten noch deutlicher als beim Gesamtergebnis auf das gesamte Notenspektrum von sehr gut bis mangelhaft.
- Die Ergebnisse verschiedener zentraler bewohnerbezogener Transparenzkriterien zeigen darüber hinaus, dass 1/3 bis knapp 2/3 der Einrichtungen die Anforderungen derzeit nicht oder nur zum Teil erfüllen (Noten ausreichend oder mangelhaft), z.B. bei

T7 Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?

T26 Werden erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?

T28 Werden die erforderlichen Kontrakturprophylaxen durchgeführt?

T36 Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biographie beachtet und bei der Tagesgestaltung berücksichtigt?

T39 Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag ermittelt und dokumentiert und werden daraus Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?

Dies zeigt, dass in die Transparenzvereinbarung wichtige Qualitätsparameter eingeflossen sind, die von vielen Einrichtungen noch nicht erfüllt werden und durch deren Veröffentlichung den Verbrauchern neben den Noten für die Qualitätsbereiche und der Gesamtnote wichtig Informationen über Qualitätsdefizite zu wesentlichen Kriterien zur Verfügung gestellt werden.



Auf der anderen Seite ergeben sich auf der Grundlage der vorliegenden Daten jedoch auch Hinweise auf mögliche Schwachpunkte der Transparenzvereinbarung für die stationäre Pflege:

- Obwohl Pflegeeinrichtungen z.B. bei den folgenden, zentralen bewohnerbezogenen Transparenzkriterien (Risikokriterien)

- T7 Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?
- T10 Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?
- T14 Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Nahrungsversorgung durchgeführt?
- T15 Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung?
- T17 Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?
- T18 Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung?
- T23 Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?
- T26 Werden erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?
- T28 Werden die erforderlichen Kontrakturprophylaxen durchgeführt?

mit mangelhaft bewertet wurden, erhielt ein relevanter Anteil dieser Einrichtungen ein sehr gutes oder gutes rechnerisches Gesamtergebnis (vgl. Tabelle 9).

- In diesem Zusammenhang erscheint die Notenzuordnung auf allen Bewertungsebenen eher zu positiv (z.B. sehr guter bis zu einem Skalenwert von 8,7, mangelhaft erst ab einem Skalenwert von < 4,5). Z.B. wird bei dem bewohnerbezogenen Kriterium T7 „Dekubitusprophylaxe“ noch eine Note „befriedigend“ vergeben, wenn das Kriterium bei 4 von 10 Bewohnern nicht erfüllt ist.
- Im Qualitätsbereich 4 „Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene“ (sehr gut und gut 90,1 Prozent, befriedigend 5,8 Prozent, ausreichend 2,9 Prozent und mangelhaft 1,2 Prozent) ist die Streubreite der Bereichsnote gering.
- Im Qualitätsbereich 5 „Befragung der Bewohner“ (sehr gut und gut 99,6 Prozent, befriedigend 0,4 Prozent, ausreichend und mangelhaft 0,0 Prozent) konzentrieren sich die Bereichsergebnisse nahezu ausschließlich auf die Noten sehr gut und gut.
- Diverse bewohnerbezogene Kriterien werden bei Weitem nicht in jeder Pflegeeinrichtung erfasst. Dies ist u.a. zurückzuführen auf die zufallsgesteuerte Stichprobe. So konnte z.B. das Kriterium T10 „Wundbehandlung“ nur bei ca. 52 Prozent der Einrichtungen und nur bei 10 Prozent der in die Prüfung einbezogenen Bewohner überprüft

werden. Dies führt dazu, dass diese Kriterien oft nur auf der Grundlage weniger Bewohner bewertet oder überhaupt nicht in den Prüfungen und in der Notenbewertung berücksichtigt werden können.

### 2.3 Quantitative Analyse für die ambulante Pflege

#### 2.3.1 Verteilung der Noten auf Bereichsebene, Verteilung des rechnerischen Gesamtergebnisses (Fragestellung 1)

Abbildung 3 zeigt, dass sich die Noten für die einzelnen Qualitätsbereiche sowie für das rechnerische Gesamtergebnis über das gesamte mögliche Spektrum verteilen. Eine Ausnahme stellt der Qualitätsbereich 4 "Befragung der Kunden" dar. Wie bei einer Befragung dieses Zuschnitts zu erwarten war, erreichen die Dienste hier im Vergleich zu den übrigen Bewertungsbereichen die besten Ergebnisse. Nahezu 100 Prozent der Dienste erhalten bei der Kundenbefragung die Note gut oder sehr gut. Die Note befriedigend oder ausreichend kam im Qualitätsbereich 4 nicht vor, die Note mangelhaft nur in 0,4 Prozent der Fälle.

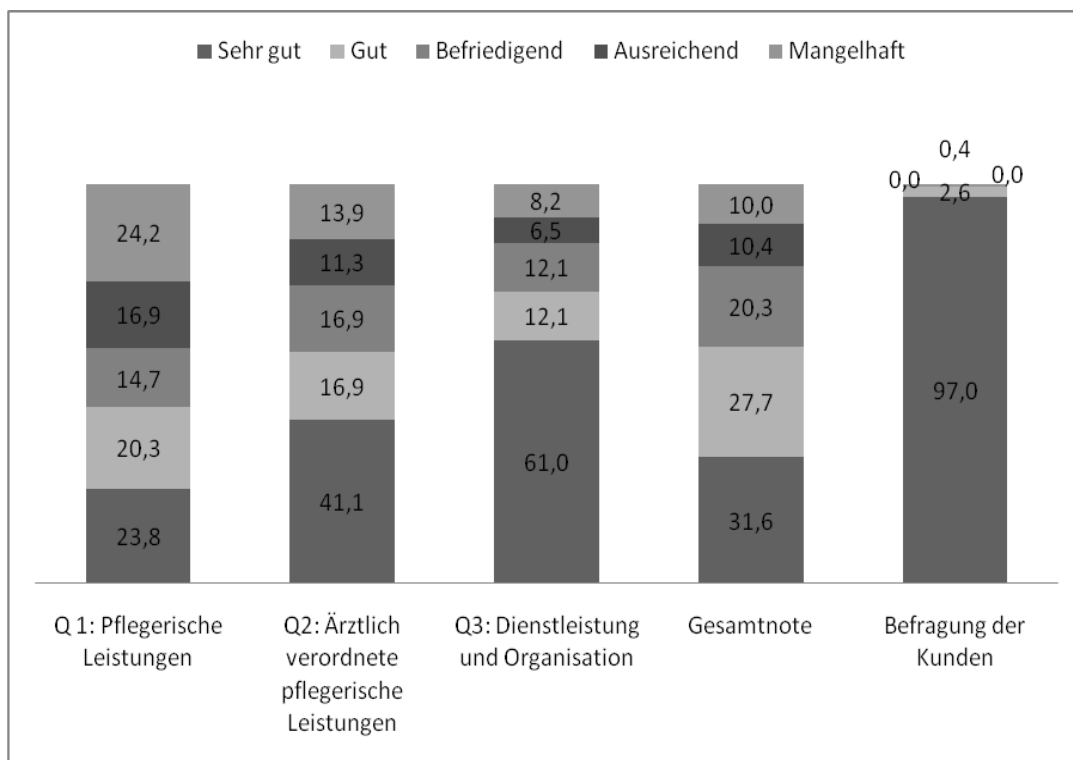


Abbildung 3: Verteilung der Noten – ambulante Pflege (in Prozent)

59,3 Prozent der Dienste haben das rechnerische Gesamtergebnis gut oder sehr gut erhalten. 20,4 Prozent der geprüften Dienste wurden insgesamt mit einem rechnerischen Gesamtergebnis von ausreichend oder mangelhaft bewertet. Die Note mangelhaft wird auf Ebene der Gesamtbewertung in 10 Prozent der Fälle (n=23) vergeben.

In den Qualitätsbereichen 1 „Pflegerische Leistungen“, 2 „Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen“ und 3 „Dienstleistung und Organisation“ lag das Bereichsergebnis bei ca. 41,1 Prozent der Dienste für Qualitätsbereich 1, für Qualitätsbereich 2 bei 15,2 Prozent und für Qualitätsbereich 3 bei 14,7 Prozent der Dienste bei ausreichend oder mangelhaft. Mangelhaft war das Bereichsergebnis bei diesen Bewertungsbereichen bei 24,2 Prozent der Dienste für Qualitätsbereich 1, bei 13,9 Prozent für Qualitätsbereich 2 und bei 8,2 Prozent für Qualitätsbereich. Die Note befriedigend erhalten sowohl bei dem rechnerischen Gesamtergebnis als auch bei den Qualitätsbereichen Qualitätsbereich 1 – Qualitätsbereich 3 2,6 bis 20,3 Prozent der geprüften Pflegedienste.

73,1 Prozent der Dienste erhalten im Qualitätsbereich 3 die Note gut oder sehr gut.

Tabelle 2a ambulant (Anlage 2) gibt Auskunft über die deskriptive Statistik der Bewertung auf Bereichsebene und der Gesamtbewertung. Im Vergleich schneidet der Qualitätsbereich 1 „Pflegerische Leistungen“ mit einer mittleren Bewertung von  $M=3,0$  am schlechtesten ab.

### **2.3.2 Vergleich der Bewertungen auf Bereichsebene mit der Gesamtbewertung**

Die in Kapitel 2.3.1 beschriebenen Verteilungen der Ergebnisse zur Transparenz zeigen z.B. dass zwar im Qualitätsbereich 1 „Pflegerische Leistungen“ 14,2 Prozent der Pflegedienste mit mangelhaft bewertet worden sind, dass aber nur 10 Prozent der Dienste beim rechnerischen Gesamtergebnis ein mangelhaft erhalten haben. Dieses Ergebnis weist darauf hin, dass schlechte Ergebnisse beispielsweise von Kriterien des Qualitätsbereichs 1 durch gute Ergebnisse in einem anderen Qualitätsbereich beim Gesamtergebnis ausgeglichen werden können. Um diesen Sachverhalt näher zu analysieren werden im Folgenden die Bereichsnoten mit dem rechnerischen Gesamtergebnisse verglichen.

In den Abbildungen 1c der Anlage 2 sind die Verteilungen der einzelnen Qualitätsbereiche der Verteilung der Gesamtbewertung für die ambulante Pflege gegenübergestellt. Die Bewertungssystematik sieht für ambulante Pflege eine im Vergleich höhere Gewichtung des Qualitätsbereiches 1 „Pflegerische Leistungen“ durch die Anzahl relevanter Items vor. Der Unterschied in der Item-Anzahl zwischen Qualitätsbereich 1 und den übrigen Qualitätsbereichen fällt für die ambulante Pflege im Vergleich zur Transparenzvereinbarung für die stationäre Pflege allerdings etwas geringer aus. Für den stationären Bereich konnte gezeigt werden, dass dieser Qualitätsbereich aufgrund seiner Item-Anzahl einen maßgeblichen Einfluss auf die Gesamtbewertung nimmt. Für den ambulanten Bereich kann dieses Ergebnis nicht bestätigt werden (vgl. Tabelle 12). Die Verteilung der Ergebnisse für den Qualitätsbereich 1 weicht von der Verteilung der Gesamtbewertung deutlich ab. Die angestrebte höhere Gewichtung des Qualitätsbereiches 1 wird vor allem dann nicht erreicht, wenn spezifische Items als nicht zutreffend gewertet werden (vgl. Kapitel 2.3.6).

**Tabelle 12: Statistische Kennwerte Zusammenhang Bereichsergebnisse und rechnerisches Gesamtergebnis – ambulante Pflege**

	Qualitätsbereich 1 (17 Items)	Qualitätsbereich 2 (10 Items)	Qualitätsbereich 3 (10 Items)
Korrelationskoeffizient (Bereich/rechn. Gesamtergebnis)	<b>.842**</b>	<b>.576**</b>	<b>.831**</b>
Anzahl einbezogener Items im Durchschnitt	<b>11,6</b>	<b>6,1</b>	<b>9,7</b>
Minimum Anzahl einbezog. Items	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>8</b>
Maximum Anzahl einbezog. Items	<b>17</b>	<b>9</b>	<b>10</b>

\*\*Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant

Um den Zusammenhang zwischen den Bewertungen auf Bereichsebene und der Gesamtebene noch näher zu verdeutlichen, wurden auch hier die geprüften Dienste (n=231) anhand ihrer Gesamtbewertung zwei Subgruppen zugeordnet („gute“ = Note  $\leq 2,4$  vs. „schlechte“ = Note  $\geq 3,5$  Gesamtbewertung). Für beide Subgruppen wurden sodann die Verteilungen der Noten auf Ebene der Bereiche berechnet. Die Ergebnisse sind den Tabellen 4a.1 und 4a.2 der Anlage 2 zu entnehmen.

Es zeigt sich für die ambulante Pflege, dass der größte Anteil von Diensten mit einer Gesamtbewertung von 2,4 oder besser (n=137) auch sehr gut bis gut auf Ebene der Qualitätsbereiche abschneidet. Es erhielten nur 12 dieser insgesamt 137 Dienste eine Bewertung von ausreichend im Qualitätsbereich 1 „Pflegerische Leistungen“. Dabei hat keiner dieser 12 Dienste – wie Tabelle 13 zeigt – eine sehr gute Gesamtbewertung erhalten. 5 Dienste die mangelhaft im Qualitätsbereich 1 abgeschnitten haben, erreichten in der Gesamtbetrachtung immer noch eine gute Bewertung.

**Tabelle 13: Kreuztabelle Bewertung Qualitätsbereich 1 „Pflegerische Leistungen“ und Gesamtbewertung – ambulante Pflege**

Gesamtbewertung	Bewertung Qualitätsbereich 1 „Pflegerische Leistungen“					
	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft	Gesamt
sehr gut	51	19	3	0	0	73
gut	3	24	20	12	5	64
befriedigend	1	4	10	17	15	47
ausreichend	0	0	1	8	15	24
mangelhaft	0	0	0	2	21	23
insgesamt	55	47	34	39	56	231

Im Qualitätsbereich 2 „Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen“ haben 10 Dienste mit einer Gesamtbewertung von  $\leq 2,4$  eine Bereichsbewertung von lediglich ausreichend erreicht, 6 Dienste erhielten eine mangelhafte Bewertung. Tabelle 14 ist zu entnehmen, dass in einem Fall ein im Qualitätsbereich 2 als mangelhaft bewerteter Dienst immer noch eine sehr gute Gesamtbewertung erreichen konnte. Umgekehrt ließ sich ein Dienst identifizieren, der zwar im Bereichsergebnis mit der Note sehr gut abgeschnitten hat, jedoch insgesamt als mangelhaft eingestuft worden ist.

**Tabelle 14: Kreuztabelle Bewertung Qualitätsbereich 2 „Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen“ und Gesamtbewertung – ambulante Pflege**

Gesamtbewertung	Bewertung Qualitätsbereich 2 „Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen“					
	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft	Gesamt
sehr gut	52	8	7	5	1	73
gut	28	17	9	5	5	64
befriedigend	8	8	14	10	7	47
ausreichend	6	4	5	5	4	24
mangelhaft	1	2	4	1	15	23
insgesamt	95	39	39	26	32	231

Keiner der 137 geprüften und als insgesamt sehr gut bis gut eingestuften Dienste wurde im Qualitätsbereich 3 „Dienstleistung und Organisation“ mit einer Note ausreichend oder mangelhaft bewertet. Allerdings kam es in einem Fall zu einer sehr guten Bereichsbewertung und einer mangelhaften Gesamtbewertung (vgl. Tabelle 15).

**Tabelle 15: Kreuztabelle Bewertung Qualitätsbereich 3 „Dienstleistung und Organisation“ und Gesamtbewertung – ambulante Pflege**

Gesamtbewertung	Bewertung Qualitätsbereich 3 „Dienstleistung und Organisation“					
	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft	Gesamt
sehr gut	72	1	0	0	0	73
gut	51	11	2	0	0	64
befriedigend	16	13	13	2	3	47
ausreichend	1	3	9	9	2	24
mangelhaft	1	0	4	4	14	23
insgesamt	141	28	28	15	19	231

Den Tabellen 4a.2 der Anlage 2 für die ambulante Pflege ist außerdem zu entnehmen, dass Dienste, denen eine Gesamtbewertung von 3,5 und schlechter zugewiesen wurde ( $n=47$ ), auch in den zentralen Qualitätsbereichen vergleichsweise schlecht abgeschnitten haben.

### 2.3.3 Bewertung auf Ebene der Kriterien

#### 2.3.3.1 Vorgehen

Die Verteilung der Noten auf Ebene der Kriterien ist Anlage 2 zu entnehmen. Von Interesse ist im vorliegenden Zusammenhang zunächst die Frage, wie die Kriterien eines entsprechenden Qualitätsbereichs im Vergleich zueinander abschneiden. In den Abbildungen 2b – 2e der Anlage 2 sind die Notenergebnisse für die personenbezogenen und einrichtungsbezogenen Kriterien für jeden der relevanten Qualitätsbereiche gegenübergestellt. Das Verhältnis der personenbezogenen Kriterien ist anhand eines Netzdiagramms, das die jeweiligen Mittelwerte abbildet, dargestellt. Die Kategorien der dichotomen einrichtungsbezogenen Kriterien sind mittels Balkendiagrammen gegenübergestellt. Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse beschrieben.

Insgesamt fällt auf, dass sich die Noten auf der Ebene der Kriterien bimodal unsymmetrisch verteilen, die Verteilung weist nicht einen sondern zwei Gipfel auf, nämlich genau bei beiden möglichen Extremwerten "sehr gut" und "mangelhaft", mit einer – bei den meisten Items – Tendenz zum positiven Extremwert "sehr gut". Da sich für bimodal unsymmetrische Verteilungen eher der Median als Lagemaß eignet, wird dieser bei der Ergebnisdarstellung zusätzlich zum Mittelwert berichtet. Der Median teilt die Stichprobe in zwei gleich große Teile und erlaubt eine adäquatere Beschreibung asymmetrischer Verteilungen<sup>4</sup>. Gefördert wird diese Verteilung u.a. dadurch, dass bei einer Vielzahl der Kriterien nur eine Person in die Prüfung einbezogen werden konnte. Eine detaillierte Beschreibung dieser Problematik findet sich in Kapitel 2.3.6.

#### 2.3.3.2 Ergebnisse

Im Qualitätsbereich 1 „Pflegerische Leistungen“ schneiden die folgenden personenbezogenen Kriterien im Vergleich am schlechtesten ab: T13 „Kontrakturprophylaxe“ (M=3,8; Md=5,0), T16 „Information bei Demenz“ (M=3,1; Md=4,1), T1 „Individuelle Wünsche Körperpflege“ (M=3,0; Md=3,4) und T9 „Ressourcen und Risiken Ausscheidung“ (M=2,9; Md=2,9). Die schlechteste Bewertung erhielt das Kriterium T13 „Kontrakturprophylaxe“. 60 Prozent aller geprüften Dienste erhielten hier eine mangelhafte Bewertung.

Eine besonders gute Bewertung erhielten hingegen die Kriterien T3 „Leistung Flüssigkeitsversorgung durchgeführt“ (M=1,7; Md= 1,0), T6 „Leistung Nahrungsaufnahmen durchgeführt“ (M=1,8; Md=1,0) und T17 „Genehmigungen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen“ (M=1,8; MD=1,0). Allerdings konnte das Item T17 nur in 50 Fällen geprüft werden.

Im Qualitätsbereich 2 „Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen“ hat das Kriterium T19 „Medikamentengabe entsprechend ärztlicher Verordnung“ im Vergleich am schlechtesten

---

<sup>4</sup> Altman, D.G. & Bland, J.M. (1994). Quartiles, quantiles, centiles, and other quantiles. *British medical Journal*, 1994, 309-996.

abgeschnitten (M=2,6; Md=1,9). 26 Prozent aller geprüften Dienste erhalten bei diesem Kriterium eine mangelhafte Notenbewertung.

Im Qualitätsbereich 3 „Dienstleistung und Organisation“ haben die einrichtungsbezogenen Kriterien T33 „Schriftliche Regelungen zum Umgang mit Beschwerden“ (27 Prozent mangelhafte Bewertung) und T32 „Schulung Erste-Hilfe“ (25 Prozent mangelhafte Bewertung) am schlechtesten abgeschnitten. Insgesamt aber erhalten die Items des Qualitätsbereichs 3 im Vergleich eine bessere Bewertung.

### 2.3.4 Zusammenhang zentraler Risikokriterien mit dem rechnerischen Gesamtergebnis (Fragestellung 2)

#### 2.3.4.1 Vorgehen

Auf der Grundlage pflegfachlicher und medizinischer Überlegungen und vorangegangener Erfahrungen<sup>5</sup> wurden aus den Transparenzkriterien besonders relevante Kriterien ausgewählt und die Benotung dieser Kriterien in Zusammenhang mit der entsprechenden Bereichsbewertung und dem rechnerischen Gesamtergebnis gebracht. Als relevant wurden Kriterien dann eingestuft, wenn deren Nichterfüllung deutliche Auswirkungen auf die Gesundheit bzw. Lebensqualität haben kann. Diese Kriterien werden im Folgenden Risikokriterien genannt. Insbesondere bei diesen Kriterien führen gute Ergebnisse auf übergeordneter Ebene (Qualitätsbereiche, Gesamtergebnis) und schlechte Ergebnisse auf Kriterienebene zu Diskrepanzen in der fachlichen Einschätzung der Ergebnisse. Die Risikokriterien für die für die ambulante Pflege sind in Abbildung 4 abgebildet.

<b>Wesentliche Risikokriterien aus Q 1 und Q 2 - ambulant</b>	
<b>Nr.</b>	<b>Qualitätsbereich 1: Pflegerische Leistungen</b>
<b>T1</b>	Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?
<b>T2</b>	Werden die individuellen Wünsche zum Essen und Trinken im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?
<b>T5</b>	Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger informiert bei erkennbaren Flüssigkeitsdefiziten?
<b>T8</b>	Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger informiert bei erkennbaren Ernährungsdefiziten?
<b>T12</b>	Wird im Rahmen der vereinbarten Leistung Lagern eine gewebeschonende Lagerung zur Vermeidung von Druckgeschwüren vorgenommen?
<b>T13</b>	Werden die individuellen Risiken hinsichtlich der Kontrakturen bei der Erbringung der vereinbarten Leistungen berücksichtigt?
	<b>Qualitätsbereich 2: Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen</b>
<b>T18</b>	Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?
<b>T19</b>	Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung?

**Abbildung 4: ausgewählte Risikokriterien ambulant**

<sup>5</sup> vgl. MDS (Hrsg.) (2007): 2. Bericht des MDS nach § 118 Abs. 4 SGB XI. Essen.

Die als Risikokriterien identifizierten Kriterien wurden einer gesonderten Analyse unterzogen. Von Interesse war im vorliegenden Zusammenhang insbesondere die Frage, ob sich Dienste identifizieren lassen, die insgesamt betrachtet zwar gut abschneiden, allerdings erhebliche Mängel bei den als besonders relevant eingestuften Risikokriterien aufweisen. Zur Beantwortung dieser Fragestellung wurden die ausgewählten Kriterien einem Vergleich mit dem rechnerischen Gesamtergebnis und der jeweiligen Bereichsnote unterzogen. Hierfür wurden in einem ersten Schritt diejenigen Fälle ausgewählt, bei denen die genannten Kriterien als mangelhaft eingestuft worden sind, in einem zweiten Schritt wurde für diese Fälle die Verteilung der Gesamtbewertung und der Bereichsbewertung errechnet.

### 2.3.4.2 Ergebnisse

Tabelle 16 zeigt die für die ambulante Pflege ausgewählten Risikokriterien mit der Note mangelhaft im Zusammenhang mit der Bewertung des entsprechenden Qualitätsbereichs. Zunächst zeigt sich, dass vor allem die Kriterien T1 „Individuelle Wünsche Körperpflege“ und T13 „Kontrakturprophylaxe“ vergleichsweise häufig mit der Note mangelhaft bewertet worden sind.

Tabelle 16 zeigt die Verteilungen des Bereichsergebnisses für diejenigen Fälle, die bei den Risikokriterien die Note mangelhaft erhalten haben. Insbesondere bei den Kriterien T1 „Individuelle Wünsche Körperpflege“ und T2 „Individuelle Wünsche Essen und Trinken“ kommen sehr gute und gute Bereichsnoten bei 50,6 Prozent (T1) bzw. 44,8 Prozent (T2) der Fälle vor.

**Tabelle 16: Bereichsergebnis bei ausgewählten mit mangelhaft bewerteten Risikokriterien – ambulante Pflege**

Bereichsnote	geprüft	davon									
		sehr gut		gut		befriedigend		ausreichend		mangelhaft	
		a.	%								
<b>T1 „Individuelle Wünsche Körperpflege“</b>	83	28	33,7	14	16,9	15	18,1	11	13,3	15	18,1
<b>T2 „Individuelle Wünsche Essen und Trinken“</b>	49	10	20,4	11	22,4	9	18,4	7	14,3	12	24,5
<b>T5 „Information bei Flüssigkeitsdefizit“</b>	15	0	0,0	0	0,0	3	20,0	4	26,7	8	53,3
<b>T8 „Information bei Ernährungsdefizit“</b>	30	1	3,3	1	3,3	3	10,0	7	23,3	18	60,0
<b>T12 „Gewebeschonende Lagerung“</b>	55	1	1,8	3	5,5	10	18,2	14	25,5	27	49,1
<b>T13 „Kontrakturprophylaxe“</b>	127	8	6,3	19	15,0	23	18,1	25	19,7	52	40,9
<b>T18 „Wundbehandlung“</b>	18	0	0,0	4	22,2	3	16,7	2	11,1	9	50,0
<b>T19 „Medikamentengabe“</b>	55	0	0,0	9	16,4	15	27,3	9	16,4	22	40,0



Betrachtet man nun die Verteilung des rechnerischen Gesamtergebnisse bei denjenigen Fällen, die eine mangelhafte Bewertung auf Ebene der ausgewählten Risikokriterien erhalten haben, zeigt sich folgendes Bild (vgl. Tabelle 17): Insgesamt kommt es in 146 Fällen dazu, dass eine mangelhafte Bewertung der ausgewählten Kriterien mit einer sehr guten bis guten Gesamtbenotung einhergeht. Auffällig ist in diesem Zusammenhang das Kriterium T13 „Kontrakturprophylaxe“: 44 Prozent der Dienste, die bei diesem Kriterium die Note mangelhaft erhalten haben, schneiden in der Gesamtbetrachtung sehr gut bis gut ab.

**Tabelle 17: Rechnerisches Gesamtergebnis bei ausgewählten mit mangelhaft bewerteten Risikokriterien – ambulante Pflege**

Gesamtbewertung	geprüft	davon									
		sehr gut		gut		befriedigend		ausreichend		mangelhaft	
		a.	%	a.	%	a.	%	a.	%	a.	%
<b>T1 „Individuelle Wünsche Körperpflege“</b>	83	7	8,4	25	30,1	25	30,1	12	14,5	14	25,3
<b>T2 „Individuelle Wünsche Essen und Trinken“</b>	49	2	4,1	8	16,3	11	22,4	14	28,6	5	28,6
<b>T5 „Information bei Flüssigkeitsdefizit“</b>	15	0	0,0	2	13,3	4	26,6	5	33,3	4	26,6
<b>T8 „Information bei Ernährungsdefizit“</b>	30	1	3,3	3	10,0	6	20,0	10	33,3	10	33,3
<b>T12 „Gewebeschonende Lagerung“</b>	55	1	1,8	14	25,5	21	38,2	8	14,5	11	20,0
<b>T13 „Kontrakturprophylaxe“</b>	127	19	15,0	37	29,1	32	25,2	20	15,7	19	15,0
<b>T18 „Wundbehandlung“</b>	18	2	11,1	6	33,3	6	33,3	0	0,0	4	22,2
<b>T19 „Medikamentengabe“</b>	55	7	12,7	13	23,6	16	29,1	5	9,1	14	25,5

Anhand der mit den Tabellen 3.b.1 und 3.b.2 der Anlage 2 gewählten Darstellungsform wird darüber hinaus aber auch deutlich, dass – anders als in der stationären Pflege – die meisten der ausgewählten Kriterien (T3, T6, T10, T11 und T14) des Qualitätsbereichs 1 häufiger besser als der entsprechende Bereich und das rechnerische Gesamtergebnis abschneiden. Das deutet darauf hin, dass andere personenbezogene oder einrichtungsbezogene Kriterien sowohl die entsprechenden Bereichsergebnisse als auch das rechnerische Gesamtergebnis stärker beeinflussen als die hier ausgewählten Risikokriterien.

### **2.3.5 Treten schlechte Prüfergebnisse bei personenbezogenen Kriterien eher vereinzelt oder bei eher mehreren Kriterien gleichzeitig auf? (Fragestellung 3)**

#### **2.3.5.1 Vorgehen**

Die im vorangegangenen Abschnitt berichteten Ergebnisse geben Auskunft darüber, wie häufig auf der Ebene einzelner Kriterien Diskrepanzen zwischen der Bewertung des jeweili-

gen Kriteriums und der entsprechenden Bereichsbewertung bzw. der Gesamtbewertung vorkommen. In einen weiteren Schritt ist nun zu prüfen, ob Diskrepanzen dieser Art nur einzelne oder Kombinationen personenbezogener Risikokriterien betreffen. Zu diesem Zweck wurden Häufigkeitsauszählungen vorgenommen, die Auskunft darüber geben, in wie weit mangelhaft bewertete Risikokriterien gehäuft vorkommen und wie sich solche Fälle auf das Ergebnis des entsprechenden Qualitätsbereichs und das rechnerische Gesamtergebnis verteilen.

### 2.3.5.2 Ergebnisse

Tabelle 18 ist zu entnehmen, wie sich die Noten für den Qualitätsbereich 1 „Pflegerische Leistungen“ verteilen, wenn eine festgelegte Anzahl von Risikokriterien in Kombination miteinander mangelhaft bewertet worden ist. In 8 von 50 Fällen, bei denen 2 Risikokriterien als mangelhaft bewertet worden sind, kommt die Note sehr gut und gut für den Qualitätsbereich 1 vor. Die Noten sehr gut und gut kommen für den Qualitätsbereich 1 nicht mehr vor, wenn 3 und mehr der Risikokriterien mangelhaft bewertet worden sind. Die Note befriedigend kommt für den Qualitätsbereich 1 nicht mehr vor, wenn 5 und mehr der Risikokriterien mangelhaft bewertet worden sind. Die Note mangelhaft kommt für den Qualitätsbereich 1 nur dann nicht vor, wenn keins der Risikokriterien mangelhaft bewertet worden ist.

**Tabelle 18: Anzahl mangelhaft bewerteter Risikokriterien im Vergleich zur Note des Qualitätsbereichs 1 „Pflegerische Leistungen“ und 2 „Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen“ – ambulante Pflege**

		Ergebnis Qualitätsbereich 1 „Pflegerische Leistungen“									
Anzahl mangelhaft bewerteter Risikokriterien	geprüft	sehr gut		gut		befriedigend		ausreichend		mangelhaft	
		a.	%	a.	%	a.	%	a.	%	a.	%
<b>0</b>	63	44	69,8	14	22,2	3	4,8	2	3,2	0	0,0
<b>1</b>	63	10	15,9	26	41,3	15	23,8	10	15,9	2	3,2
<b>2</b>	50	1	2,0	7	14,0	11	22,0	16	32,0	15	30,0
<b>3</b>	34	0	0,0	0	0,0	5	14,7	6	17,6	23	67,6
<b>4</b>	13	0	0,0	0	0,0	5	38,5	8	61,5	0	0,0
<b>5</b>	6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	100,0
<b>6</b>	2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0
		davon Ergebnis Qualitätsbereich 2 „Ärztliche verordnete pflegerische Leistungen“									
Anzahl mangelhaft bewerteter Risikokriterien	geprüft	sehr gut		gut		befriedigend		ausreichend		mangelhaft	
		a.	%	a.	%	a.	%	a.	%	a.	%
<b>0</b>	165	95	57,6	26	15,8	22	13,3	15	9,1	7	4,2
<b>1</b>	59	0	,0	13	22,0	16	27,1	11	18,6	19	32,2
<b>2</b>	7	0	,0	0	,0	1	14,3	0	,0	6	85,7

Tabelle 19 ist zu entnehmen, wie sich die Noten für das rechnerische Gesamtergebnis verteilen, wenn eine festgelegte Anzahl von Risikokriterien in Kombination miteinander mangelhaft bewertet worden ist. In 38 von 87 Fällen, bei denen 2 – 3 Risikokriterien als mangelhaft bewertet worden sind, kommt die Note sehr gut und gut für das rechnerische Gesamtergebnis vor. Darüber hinaus kommt in 2 von 32 Fällen, bei denen 4 – 5 Risikokriterien mangelhaft bewertet worden sind, die Note gut für das rechnerische Gesamtergebnis vor. Die Note sehr gut kommt für das rechnerische Gesamtergebnis nicht mehr vor, wenn 4 und mehr Risikokriterien mangelhaft bewertet worden sind. Die Note gut kommt für das rechnerische Gesamtergebnis nicht mehr vor, wenn 6 und mehr der Risikokriterien mangelhaft bewertet worden sind.

**Tabelle 19: Anzahl mangelhaft bewerteter Risikokriterien im Vergleich zum rechnerischen Gesamtergebnisses – ambulante Pflege**

Anzahl mangelhaft bewerteter Risikokriterien	geprüft	rechnerisches Gesamtergebnis									
		sehr gut		gut		befriedigend		ausreichend		mangelhaft	
		a.	%	a.	%	a.	%	a.	%	a.	%
0	53	44	83,0	7	13,2	2	3,8	0	0,0	0	0,0
1	55	21	38,2	25	45,5	5	9,1	4	7,3	0	0,0
2	51	6	11,8	23	45,1	15	29,4	5	9,8	2	3,9
3	36	2	5,6	7	19,4	15	41,7	7	19,4	5	13,9
4	18	0	0,0	1	5,6	9	50,0	3	16,7	5	27,8
5	14	0	0,0	1	7,1	1	7,1	4	28,6	8	57,1
6	3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	100,0
7	1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0
8	0	0	-	0	-	0	-	0	-	0	

### 2.3.6 Zur Anzahl einbezogener Personen

Die Häufigkeiten zutreffender Items auf Einrichtungsebene sind der Tabelle 6a der Anlage 2 zu entnehmen. In der ambulanten Pflege kommt es insbesondere im Qualitätsbereich 2 „Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen“ häufiger vor, dass Items nicht geprüft werden konnten (z.B. T20, T21, T25 im Qualitätsbereich 2).

Trafen Kriterien zu, konnte darüber hinaus bei den Kriterien der Qualitätsbereiche 1 „Pflegerische Leistungen“ und 2 „Ärztliche verordnete Pflegerische Leistungen“ in der Mehrzahl der Fälle nur eine Person in die Prüfung einbezogen werden. Besonders auffällig sind die Kriterien T12 „Gewebeschonende Lagerung zur Vermeidung von Druckgeschwüren“, T13 „Kontra-

aturprophylaxe“, T15 „Biographie Demenz“ und T16 „Information Angehörige zum Umgang mit Demenz“ des Qualitätsbereichs 1 (vgl. Tabelle 20) und T18 „Wundbehandlung“, T22 „Blutzuckermessung entsprechend ärztlicher Anordnung“, T25 „Katheterisierung der Harnblase“ und T26 „Stomabehandlung entsprechend ärztlicher Anordnung“ des Qualitätsbereichs 2 (vgl. Tabelle 21).

**Tabelle 20: Mittelwert, Minimum, Maximum und Häufigkeiten einbezogener Personen für den Qualitätsbereich 1 „Pflegerische Leistungen“ – ambulante Pflege (Mittelwert, Minimum und Maximum beziehen sich nur auf diejenigen Fälle, in denen das Kriterium geprüft werden konnte und Angaben einbezogener Personen vorlagen)**

Kriterium	M	Min	Max	Anzahl =0 in %	Anzahl= 1 in %	Anzahl= 2 in %	Anzahl >2 in %
T1	5,4	1,0	15,0	11,7	0,9	0,9	86,5
T2	2,2	1,0	7,0	39,8	23,4	13,9	22,9
T3	1,8	1,0	7,0	45,5	27,7	15,2	11,6
T4	1,9	1,0	6,0	44,2	27,7	15,2	12,9
T5	1,8	1,0	6,0	78,4	12,1	5,6	3,9
T6	2,2	1,0	8,0	36,4	26,8	14,7	22,1
T7	1,6	1,0	6,0	35,5	26,4	14,7	23,4
T8	2,6	1,0	13,0	64,5	23,8	6,9	4,8
T9	2,2	1,0	7,0	20,3	19,9	22,9	36,9
T10	2,5	1,0	13,0	20,3	21,6	23,4	34,7
T11	2,2	1,0	7,0	22,5	23,4	26,0	28,1
T12	1,7	1,0	5,0	36,8	32,0	21,6	9,6
T13	2,1	1,0	6,0	18,2	32,0	25,5	24,3
T14	3,5	1,0	11,0	19,5	10,8	15,2	54,5
T15	1,8	1,0	7,0	40,7	31,2	16,0	12,1
T16	1,7	1,0	6,0	46,3	31,2	13,9	8,6
T17	1,4	1,0	4,0	80,1	13,4	5,6	0,9

**Tabelle 21: Mittelwert, Minimum, Maximum und Häufigkeiten einbezogener Personen für den Qualitätsbereich 2 „Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen“ – ambulante Pflege (Mittelwert, Minimum und Maximum beziehen sich nur auf diejenigen Fälle, in denen das Kriterium geprüft werden konnte und Angaben zur Anzahl einbezogener Personen vorlagen)**

Kriterium	M	Min	Max	Anzahl = 0 in %	Anzahl= 1 in %	Anzahl =2 in %	Anzahl >2 in %
T18	1,2	1,0	2,0	84,1	13,4	2,5	0,0
T19	3,2	1,0	13,0	32,4	13,2	16,2	38,2
T20	1,7	1,0	4,0	96,9	1,8	0,9	0,4
T21	2,5	1,0	4,0	98,3	0,9	0,0	0,9
T22	1,3	1,0	3,0	90,2	7,9	0,9	0,9
T23	1,6	1,0	5,0	67,9	20,0	8,5	3,6
T24	1,7	1,0	5,0	62,8	22,7	7,0	7,5
T25	1,3	1,0	3,0	88,2	9,0	2,4	0,4
T26	1,0	1,0	1,0	97,4	2,6	,0	0,0
T27	3,6	1,0	13,0	27,2	10,3	9,6	52,9

### 2.3.7 Zusammenfassung der Ergebnisse der quantitativen Analyse für die ambulante Pflege

Auf der Grundlage der in diesen Abschlussbericht einbezogenen Daten aus MDK-Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege kann zunächst festgehalten werden, dass die Transparenzvereinbarung – fokussiert auf die vereinbarten Transparenzkriterien – grundsätzlich geeignet ist, Qualitätsunterschiede in der ambulanten Pflege darzustellen:

- Das Ergebnis der Gesamtbewertung verteilt sich auf das gesamte Notenspektrum von sehr gut bis mangelhaft.
- Beim Qualitätsbereich 1 „Pflegerische Leistungen“ verteilen sich die Bereichsnoten noch deutlicher als beim Gesamtergebnis auf das gesamte Notenspektrum von sehr gut bis mangelhaft.
- Beim Qualitätsbereich 2 "Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen" verteilen sich die Bereichsnoten ebenfalls über das gesamte Notenspektrum, allerdings mit Einschränkungen (vgl. Abschnitt Schwächen).
- Die Ergebnisse verschiedener zentraler personenbezogener Transparenzkriterien zeigen darüber hinaus, dass 1/3 der Dienste die Anforderungen derzeit nicht oder nur zum Teil erfüllen (Noten ausreichend oder mangelhaft), z.B. bei den Kriterien T1 „Individuelle Wünsche Körperpflege“, T13“Kontrakturprophylaxe“, T19 „Medikamentengabe“.

Dies zeigt, dass in die Transparenzvereinbarung wichtige Qualitätsparameter eingeflossen sind, die von vielen Diensten noch nicht erfüllt werden und durch deren Veröffentlichung den Verbrauchern neben den Noten für die Qualitätsbereiche und dem rechnerischen Gesamtergebnis wichtige Informationen über Qualitätsdefizite zu wesentlichen Kriterien zur Verfügung gestellt werden.

Auf der anderen Seite ergeben sich auf der Grundlage der vorliegenden Daten jedoch auch Hinweise auf mögliche Schwachpunkte der Transparenzvereinbarung für die ambulante Pflege:

- Obwohl Pflegedienste z.B. bei den folgenden, zentralen kundenbezogenen Transparenzkriterien (Risikokriterien)

- T1 Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?
- T2 Werden die individuellen Wünsche zum Essen und Trinken im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?
- T5 Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger informiert bei erkennbaren Flüssigkeitsdefiziten?
- T8 Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger informiert bei erkennbaren Ernährungsdefiziten?
- T12 Wird im Rahmen der vereinbarten Leistung Lagern eine gewebeschonende Lagerung zur Vermeidung von Druckgeschwüren vorgenommen?
- T13 Werden die individuellen Risiken hinsichtlich der Kontrakturen bei der Erbringung der vereinbarten Leistungen berücksichtigt?
- T18 Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?
- T19 Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung?

mit der Note mangelhaft bewertet wurden, erhielt ein relevanter Teil der Pflegedienste ein sehr gutes oder gutes rechnerisches Gesamtergebnis (vgl. Tabelle 19).

- Beim Qualitätsbereich 2 "Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen" verteilen sich die Bereichsnoten zwar über das gesamte Notenspektrum, allerdings kommt die Note ausreichend nur in 0,1 Prozent der Fälle vor und die Note sehr gut kommt im Vergleich zum rechnerischen Gesamtergebnis und zum Qualitätsbereich 1 "Pflegerische Leistungen" mit 41,1 Prozent häufiger vor.
- Im Qualitätsbereich 3 „Dienstleistung und Organisation“ ist die Streubreite der Bereichsnote geringer. Insgesamt dominieren hier gute und sehr gute Ergebnisse (73 Prozent). Alleine auf die Note sehr gut entfallen 61 Prozent.
- Im Qualitätsbereich 4 „Befragung der Kunden“ konzentrieren sich die Ergebnisse fast ausschließlich auf die Note sehr gut.

- Eine Reihe von personenbezogenen Kriterien wird bei Weitem nicht in jeder ambulanten Pflegeeinrichtung erfasst. Dies ist u.a. darauf zurückzuführen, dass diese Kriterien in der Praxis nur auf wenige Pflegebedürftige überhaupt zutreffen und diese mit großer Wahrscheinlichkeit durch die zufallsgesteuerte Stichprobe nicht erfasst werden können. Dies führt dazu, dass diese Kriterien oft nur auf der Grundlage weniger pflegebedürftiger Personen bewertet oder überhaupt nicht in den Prüfungen und in der Notenbewertung berücksichtigt werden können. Das betrifft vor allem den Qualitätsbereich 2 „Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen“.

### 3 Qualitative Analyse

Ergänzend zu der quantitativen Datenanalyse sollten jeweils solche Transparenz- und Prüfberichte einschließlich Erhebungsbogen aus MDK-Prüfungen in anonymisierter Form einer qualitativen Analyse unterzogen werden, bei denen nach Einschätzung der Prüfer die Gesamt-, Bereichs- oder Kriteriennoten nicht nachvollziehbar waren. Bei der qualitativen Auswertung sollte Diskrepanzen zwischen

- Prüfberichten und Transparenzberichten
- Einschätzungen der Prüfer zur Qualität der Pflege und den Noten anhand der Transparenzvereinbarungen

nachgegangen werden. Die MDK-Gemeinschaft war aufgefordert, bis zum 20.11.2009 entsprechende Prüfberichte zur Verfügung zu stellen. Bei den eingereichten Prüfberichten handelt es sich um exemplarische Fallbeispiele, sie bilden nicht die Gesamtmenge der Prüfergebnisse, die aus Sicht der Prüfer widersprüchlich waren.

#### 3.1 Vorgehen

Die zur qualitativen Analyse von den MDK bereitgestellten Fallbeispiele wurden zur Analyse an die Mitglieder des Projektteams „Evaluation“ der SEG 2 verteilt. Dabei wurde sichergestellt, dass die Mitglieder des Projektteams keine Fälle aus dem eigenen MDK zu bearbeiten hatten. Die von den Prüfern zusätzlich zu den Prüf- und Transparenzberichten eingereichten Diskrepanzformulare dienten bei der qualitativen Auswertung durch das Projektteam „Evaluation“ der SEG 2 der Identifikation der aus Sicht der Prüfer vorliegenden Diskrepanzen. Zur Strukturierung der Auswertung durch das Projektteam wurde ein Auswertungsformular entwickelt, mit dem die qualitative Analyse durchgeführt werden konnte. Anhand dieses Auswertungsformulars wurde strukturiert erhoben, wie sich die Versorgungssituation der in die Prüfungen einbezogenen pflegebedürftigen Menschen darstellte. Die Mitglieder des Projektteams haben anhand des Auswertungsformulars – unabhängig von der vorangegangenen Einschätzung der Prüfer – eine eigenständige strukturierte Bewertung der vorliegenden Unterlagen vorgenommen und etwaige Diskrepanzen zwischen Prüfbericht und

Transparenzbericht bzw. eigener Einschätzung zur Qualität der Pflege anhand der Unterlagen und Noten anhand der Transparenzvereinbarungen identifiziert. Bei der weiteren Bearbeitung sind nur die Fälle berücksichtigt worden, zu denen sowohl die Prüfer des MDK als auch die Mitglieder des Projektteam „Evaluation“ der SEG 2 der Auffassung waren, dass Diskrepanzen zwischen Prüfbericht und Transparenzbericht bzw. eigener Einschätzung und Noten laut Transparenzvereinbarungen bestanden. Schwerpunkt bei dieser Einschätzung war die Ebene der Qualitätsbereiche sowie die Ebene des rechnerischen Gesamtergebnisses. Besondere Berücksichtigung fand dabei die Versorgungsqualität der von den Pflegeeinrichtungen versorgten Personen.

### 3.2 Datengrundlage

Bei 21 von 30 analysierten Fällen aus der stationären Pflege von den MDK Nordrhein, Sachsen, Berlin-Brandenburg, Baden-Württemberg, Bayern, Bremen, Sachsen-Anhalt, Hessen und Nord sowie 5 von 10 analysierten Fällen aus der ambulanten Pflege von den MDK Hessen, Nord und Nordrhein teilten Prüfer und Mitglieder des Projektteam „Evaluation“ der SEG 2 die Auffassung, dass Diskrepanzen vorlagen.

Tabelle 22 gibt Auskunft über die Verteilung der analysierten Fälle auf die Prüfarten. Dabei zeigt sich, dass bei der überwiegenden Zahl der eingereichten und analysierten Fallbeispiele die Prüfungen in Form einer Regelprüfung durchgeführt worden sind, von den insgesamt 26 Fallbeispielen aus der ambulanten und stationären Pflege stammen lediglich 7 aus Anlassprüfungen.

**Tabelle 22: Verteilung der Fallbeispiele auf Prüfarten**

<b>Verteilung der Fallbeispiele auf Prüfarten</b>		
	ambulant	stationär
Regelprüfung	3	16
Anlassprüfung	2	5
Wiederholungsprüfung	0	0
gesamt	5	21

Tabelle 23 zeigt, wie häufig bei den eingereichten Fallbeispielen die Noten der Qualitätsbereiche und das Gesamtergebnis für die stationäre Pflege als nicht nachvollziehbar eingeschätzt worden ist. Das Gesamtergebnis und die Note für den Qualitätsbereich 1 „Pflege und medizinische Versorgung“ mit jeweils 18 Nennungen sind demnach am häufigsten als nicht nachvollziehbar eingeschätzt worden.



**Tabelle 23: Häufigkeiten nicht nachvollziehbarer Noten – stationäre Pflege**

<b>Häufigkeiten nicht nachvollziehbarer Noten Qualitätsbereiche und Gesamtergebnis stationär</b>					
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>Q1</b>	<b>Q2</b>	<b>Q3</b>	<b>Q4</b>	<b>Q5</b>
<b>18</b>	<b>18</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>5</b>

Tabelle 24 zeigt, wie häufig bei den eingereichten Fallbeispielen die Noten der Qualitätsbereiche und das Gesamtergebnis für die ambulante Pflege als nicht nachvollziehbar eingeschätzt worden ist. Das Gesamtergebnis und die Note für den Qualitätsbereich 1 „Pflegerische Leistungen“ sind etwas häufiger als nicht nachvollziehbar eingeschätzt worden, als die Noten für die übrigen Qualitätsbereiche.

**Tabelle 24: Häufigkeiten nicht nachvollziehbarer Noten – ambulante Pflege**

<b>Häufigkeiten nicht nachvollziehbarer Noten Qualitätsbereiche und Gesamtergebnis ambulant</b>				
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>Q1</b>	<b>Q2</b>	<b>Q3</b>	<b>Q4</b>
<b>3</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0</b>

Bewertet man die Einschätzungen über die Nachvollziehbarkeit zu den Transparenz- und Prüfergebnissen für die ambulante und die stationäre Pflege zusammen, so wird deutlich, dass nach Einschätzung der Prüfer und der Mitglieder des Projektteams „Evaluation“ der SEG 2 nicht nur Diskrepanzen beim Gesamtergebnis bestehen, sondern dass auch zu den zentralen Qualitätsbereichen häufiger Diskrepanzen gesehen werden. In der stationären Pflege finden sich diese Diskrepanzen mit Abstand am häufigsten im Qualitätsbereich 1 „Pflege und medizinische Versorgung“ aber auch in den Qualitätsbereichen 2 „Umgang mit Demenzkranken Bewohnern“ sowie 3 „Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung“. In der ambulanten Pflege sind nur eingeschränkt Aussagen hierzu möglich, da nur fünf Fälle einer Analyse unterzogen werden konnten. Aber auch anhand dieser Fälle deutet sich an, dass neben dem Gesamtergebnis insbesondere im Qualitätsbereich 1 „Pflegerische Leistungen“ Diskrepanzen gesehen werden.

### **3.3 Ergebnisse der qualitativen Analyse für die stationäre Pflege**

Bei der Ergebnisdarstellung der qualitativen Analyse für die stationäre Pflege wird exemplarisch auf 21 ausgewertete Fallbeispiele zurückgegriffen. Alle 21 analysierten stationären Fälle sind in Anlage 3 zusammenfassend beschrieben. Von diesen 21 Fallbeispielen wurden

wiederum 3 Fallbeispiele herangezogen, um Diskrepanzen zwischen der Situation auf der Kriterienebene und den Bereichs- bzw. Gesamtergebnissen zu veranschaulichen.

### 3.3.1 Gesamtergebnis

In 15 der 18 Fälle, bei denen das Gesamtergebnis als nicht nachvollziehbar eingeschätzt worden ist, wurde mindestens auch das Ergebnis zum Qualitätsbereich 1 „Pflege und medizinische Versorgung“ als nicht nachvollziehbar eingestuft. Wie auch in der quantitativen Analyse gezeigt werden konnte, besteht (insbesondere aufgrund der hohen Anzahl der Kriterien) ein Zusammenhang zwischen dem Gesamtergebnis und dem Ergebnis zum Qualitätsbereich 1 „Pflege und medizinische Versorgung“. Die Mitglieder des Projektteams „Evaluation“ der SEG 2 haben bei der Begründung für Diskrepanzen beim Gesamtergebnis auf die Begründung für den Qualitätsbereich 1 verwiesen. Aus diesem Grund wird der Schwerpunkt der qualitativen Analyse für die stationäre Pflege auf diesen Qualitätsbereich gelegt.

Neben den Verweisen auf Kriterien des Qualitätsbereiches 1 „Pflege und medizinische Versorgung“ sind aber auch noch andere Gründe genannt worden, die zu der Einschätzung geführt haben, dass das Gesamtergebnis nicht plausibel ist. So wurden im Fall 11 (Gesamtnote 2,4) beispielhaft Kriterien als Begründungen angegeben, die nicht als Transparenzkriterien vereinbart sind oder die nicht zum umfangreicheren Prüfkatalog des MDK standardmäßig zugehören. Genannt wurden hier<sup>6</sup>:

- Leitungsstellen nicht besetzt (3.2 – 3.7)
- erhebliche Personalengpässe mit hoher Fluktuation, die durch Zeitarbeit z.T. kompensiert wird
- keine Anleitung von Hilfskräften (4.3)
- unfreundliches Personal
- Versorgungsengpässe z.B. bei Toilettenpapier und Handtüchern
- verschlissene Wäsche.

Die zum Qualitätsbereich 1 „Pflege und medizinische Versorgung“ im Folgenden genannten Gründe für nicht nachvollziehbare Noten können auch als Begründungen für ein nicht nachvollziehbares Gesamtergebnis verstanden werden.

### 3.3.2 Qualitätsbereich 1 „Pflege und medizinische Versorgung“

Zur Bewertung der Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse zu diesem Qualitätsbereich wurde das Augenmerk insbesondere auf die Versorgungsqualität bei den Bewohnern gelegt. Besonders in den Fokus genommen wurden dabei Situationen, in denen erforderliche Maßnahmen nicht, nicht vollständig oder nicht korrekt durchgeführt worden sind oder in denen ein Zusammenhang zwischen der Versorgungsqualität der Pflegeeinrichtung und einem eingetretenen Schaden oder einer unerwünschten Folge besteht.

---

<sup>6</sup> Die Nummern in Klammern geben die Nummern der Anlage 1 bzw. 2 zur QPR an. Die Bezeichnung Txx bezieht sich auf die Transparenzkriterien mit den entsprechenden Nummern.

So zeigt sich z.B. im Fall 1 (Gesamtergebnis 1,7; Q1-Note 2,3; 10 Personen in die Prüfung einbezogen) u.a., dass von vier Personen mit chronischen Schmerzen bei zwei Personen Schmerzen wegen fehlender Medikation bestanden. Von sechs Personen mit einem Dekubitusrisiko wurden bei keinem systematisch die erforderlichen Dekubitusprophylaxen durchgeführt, bei einer Person war ein Dekubitus eingetreten, bei dem ein Zusammenhang mit der Versorgungsqualität der Pflegeeinrichtung gesehen wurde. Weiterhin lag bei sechs Personen ein Kontrakturrisiko vor, bei keiner dieser Personen war erkennbar, dass Maßnahmen zur Prophylaxe durchgeführt worden sind, bei drei Personen davon bestanden Kontrakturen, bei denen ein Zusammenhang mit der Versorgungsqualität der Pflegeeinrichtung gesehen wurde. Weiterhin wurden in Fall 1 bei zwei von fünf Personen nicht die erforderlichen Maßnahmen zur Ernährung durchgeführt, bei einer von acht Personen waren die erforderlichen Maßnahmen zur Flüssigkeitsversorgung nicht durchgeführt worden.

Auch im Fall 7 (Gesamtergebnis 1,9; Q1-Note 2,7; 8 Personen in die Prüfung einbezogen) erhielt von zwei Personen mit chronischen Schmerzen eine Person die verordneten Schmerzmedikamente nicht, bei zwei Personen waren die Bedarfsmedikamente nicht vorhanden, eine in die Prüfung einbezogenen Person hatte während der Prüfung Schmerzen im Brustwirbelbereich, die Durchführung ärztlich verordneter Salbeneinreibungen bei einer Rippenfraktur nach Sturz waren nicht nachvollziehbar, ebenso der Einsatz eines Schmerzpflasters. In der gleichen Einrichtung wurden acht Personen mit einem Sturzrisiko in die Prüfung einbezogen, drei dieser Personen erhielten keine Prophylaxen gegen Stürze. P5 (Zustand nach Rippenfraktur durch Sturz) hatte zum Zeitpunkt der Prüfung keine Rufglocke am Platz, auch bei P7 war zum Zeitpunkt der Prüfung die Rufglocke nicht erreichbar, obwohl die Person personelle Hilfe beim Gang zur Toilette benötigte, weiterhin wurden bei P8 freiheitsentziehende Maßnahmen bei Sturzgefahr durchgeführt, deren Sinnhaftigkeit aus fachlichen Erwägungen zweifelhaft ist. Drei der in die Prüfung einbezogenen Personen hatten ein Dekubitusrisiko, bei allen drei Personen wurden die erforderlichen Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe nicht sachgerecht und ausreichend durchgeführt. Bei P8 dehnten sich die Lagerungsintervalle statt auf 2-3 Stunden auf bis zu 5 Stunden aus, Lagerungsprotokolle waren teilweise lückenhaft, nach 4,5 Stunden Mobilisation in den Rollstuhl war eine Rötung des Gesäß am Prüfungstag feststellbar, es erfolgten keine Hautinspektionen und keine Mikrolagerung. Bei P9 bestand eine hohe Dekubitusgefährdung, dennoch waren nur 4stündliche Lagerungen geplant und zum Teil wurden diese geplanten Intervalle in der Durchführung noch deutlich überschritten, die Lagerungspläne waren sehr unvollständig, z.T. existierten tagelange Lücken. Bei den gleichen Personen lag auch eine Kontrakturgefahr vor. Bei P8 und P9 lagen beginnende Kontrakturen vor und es waren weder Prophylaxen geplant noch wurden Maßnahmen durchgeführt. Bei P8 wurden auch keine Zwischen- und Spät-/Nachtmahlzeiten angeboten, teilweise fehlten auch die Hauptmahlzeiten, trotz relevanter Gewichtsabnahme. Ebenso war bei P9 nicht erkennbar, dass Zwischen- oder Nachtmahlzeiten angeboten wurden, der eingetretene Gewichtsverlust wurde in der Planung nicht berücksichtigt. Ebenso erhielten P 8 und 9 keine Getränke zwischen Abendessen und Frühstück, bei P 9 sollte nach ärztlicher Anordnung bei Unterschreitung einer Zielmenge eine s.c.-Infusion gegeben werden, dies ist mehrfach nicht erfolgt.

Im Fall 15 (Gesamtergebnis 2,1; Q1-Note 3,0; 8 Personen in die Prüfung einbezogen) hatten fünf der in die Prüfung einbezogenen Personen chronische Schmerzen, bei einer dieser Personen war ein Bedarfsmedikament verordnet, dass sie trotz mehrfach geäußerter Schmerzen nicht erhalten hatte. Drei Personen hatten einen Dekubitus, die Maßnahmen zur Versorgung des Dekubitus basierten bei 2 Personen nicht auf dem aktuellen Stand des Wissens, bei einer Person war die Frequenz der Wundversorgung niedriger als vom Arzt verordnet, am Tag der Prüfung war die Wunde nicht versorgt (keine Wundabdeckung), es gab keine Verlaufsdarstellung noch war nachvollziehbar, wo die Wunde entstanden war (in der Einrichtung, extern). Bei fünf der in die Prüfung einbezogenen Personen lag ein Sturzrisiko vor, bei zwei dieser Personen wurden Maßnahmen zur Sturzprophylaxe nicht durchgeführt, bei P4 war beispielsweise ein Sturz über den Teppichrand im Zimmer erfolgt, es war jedoch keine Beratung über die Beseitigung von Sturzquellen erkennbar. Bei vier Personen bestand ein Dekubitusrisiko, bei zwei Personen wurden die erforderlichen Maßnahmen nicht durchgeführt. Bei diesen zwei Personen konnte die Pflegeeinrichtung nicht nachweisen, die erforderlichen Maßnahmen zur Vermeidung eines Schadens durchgeführt zu haben, bei beiden Personen war ein Dekubitus Grad 3 eingetreten, bei P7 wurden die Lagerungsmaßnahmen unzureichend oder gar nicht durchgeführt und die Wechseldruckmatratze war auf das falsche Gewicht eingestellt, bei P8 erfolgten keine ausreichenden Lagerungsmaßnahmen. Von den vier Personen mit einem Kontrakturrisiko wurden bei drei Personen keine Prophylaxen durchgeführt. Bei zwei Personen bestanden Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung, bei einer dieser Personen wurden die erforderlichen Maßnahmen nicht durchgeführt (unsystematische Versorgung) und es bestand am Prüfungstag Aspirationsgefahr wegen Flachlagerung bei Flüssigkeitsgabe über die Ernährungssonde.

### **3.3.3 Qualitätsbereich 2 „Umgang mit demenzkranken Bewohnern“**

Fall 8 (Q2-Note 2,0; 15 Personen in die Prüfung einbezogen) zeigt, dass durch die Kombination von einrichtungsbezogenen Kriterien und personenbezogenen Kriterien eine nicht nachvollziehbare Bewertung auf der Bereichsebene zustande kommen kann. In diesem Fall war es beispielsweise so, dass bei allen acht in die Prüfung einbezogenen Personen keine geeigneten Angebote zur Bewegung, Kommunikation oder Wahrnehmung gemacht worden sind, gleichzeitig erhielt die Einrichtung bei dem Kriterium zur Berücksichtigung des Wohlbefindens ein mangelhaft, dennoch kommt ein gutes Bereichsergebnis zustande, weil die einrichtungsbezogenen Kriterien mit sehr gut bewertet worden sind.

### **3.3.4 Qualitätsbereiche 3 „Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung“ und 4 „Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene“**

Der Schwerpunkt der qualitativen Analyse hat sich auf die bewohnerbezogenen Kriterien aus dem Qualitätsbereich 1 und zum Teil Qualitätsbereich 2 bezogen, systematische Aussagen auf der Grundlage der Fallbeispiele werden daher an dieser Stelle nicht getroffen. Bei den Empfehlungen zur Anpassung der Pflegetransparenzvereinbarung für die stationäre Pflege zum Schluss dieses Abschlussberichtes werden jedoch inhaltlich begründete Hinweise zur Optimierung gegeben.

### 3.3.5 Qualitätsbereich 5 „Befragung der Bewohner“

Anders als im ambulanten Bereich wurde hier mehrfach von den Mitgliedern des Projektteams „Evaluation“ der SEG 2 die Einschätzung geäußert, dass die Note zum Befragungsergebnis vor dem Hintergrund der fachlichen Prüfergebnisse nicht nachvollziehbar ist. Für die Prüfer und für die Mitglieder des Projektteams „Evaluation“ der SEG 2 ist es in der Praxis häufig schwierig, die meist extremen Unterschiede zwischen den fachlich bewerteten Qualitätsbereichen und den Befragungsergebnissen zu begründen. Dabei handelt es sich um ein bekanntes grundsätzliches methodisches Problem, das bei der qualitativen Analyse daher nur am Rande in den Blick genommen worden ist.

### 3.4 Zusammenfassung der Ergebnisse der qualitativen Analyse für die stationäre Pflege

- Ausgehend von der Analyse typischer Beispiele hat sich gezeigt, dass es Fälle gibt, bei denen ein erhebliches Missverhältnis zwischen Pflegezustand/Pflegequalität und Gesamtergebnis/Bereichsnoten besteht. Dies betrifft in der stationären Pflege insbesondere die Themen Dekubitusprophylaxe und Wundversorgung, Ernährung und Flüssigkeitsversorgung, Umgang mit Inkontinenz, Sturzprophylaxe und Kontrakturprophylaxe.
- Auch auf der Ebene der Kriterien zeigt sich, dass insbesondere bei den genannten Themen Kriterien häufiger zu positiv bewertet werden, weil entsprechend der Bewertungssystematik der Transparenzvereinbarungen trotz defizitärer Situationen bei einzelnen einbezogenen Personen relativ positive Kriterienergebnisse zustande kommen können. So wurden z.B. in Fall 7 stationär beim Kriterium T15 „Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung?“ bei einer von drei Personen die Anforderungen nicht erfüllt und das Kriterium wurde mit der Note 2,9 befriedigend bewertet.
- Das zufallsgesteuerte Verfahren für die Stichprobenziehung von in die Prüfung einzubeziehenden Personen führt dazu, dass wesentliche Kriterien nicht immer in die Prüfung einbezogen werden können.
- Es hat sich bei der Auswertung der Prüf- und Transparenzberichte gezeigt, dass zwischen Prüfbericht und Transparenzbericht Diskrepanzen entstehen können, weil wichtige Organisationskriterien im Transparenzbericht unberücksichtigt bleiben, dies betraf u.a. die strukturellen Anforderungen an die Leitungskräfte in der Pflege, die Wahrnehmung von Leitungsaufgaben, die Einarbeitung von Hilfskräften und die Berücksichtigung von Expertenstandards im Qualitätsmanagement.
- Auch wenn die Bewertung der Ergebnisse der Befragung der pflegebedürftigen Personen nicht im Vordergrund der Betrachtungen gestanden haben, ist in der stationären Pflege

mehrfach von den Mitgliedern des Projektteams „Evaluation“ der SEG 2 die Einschätzung geäußert worden, dass die Note zum Befragungsergebnis vor dem Hintergrund der fachlichen Prüfergebnisse nicht nachvollziehbar ist. Für die Prüfer und für die Mitglieder des Projektteams „Evaluation“ der SEG 2 ist es in der Praxis häufig schwierig, die meist extremen Unterschiede zwischen den fachlich bewerteten Qualitätsbereichen und den Befragungsergebnissen zu begründen. Dabei handelt es sich um ein bekanntes grundsätzliches methodisches Problem.

- Die Mischung von einrichtungsbezogenen und personenbezogenen Kriterien im Qualitätsbereich 2 „Umgang mit demenzkranken Bewohnern“ kann dazu führen, dass auf der Ebene der Bereichsnote einrichtungsbezogene (nachrangigere) Kriterien mit guten Noten personenbezogene (vorrangigere) Kriterien mit schlechten Noten ausgleichen können.

### **3.5 Ergebnisse der qualitativen Analyse für die ambulante Pflege**

Bei der Ergebnisdarstellung der qualitativen Analyse für die ambulante Pflege wird auf die 5 ausgewerteten Fallbeispiele zurückgegriffen. Die 5 analysierten ambulanten Fälle sind in Anlage 4 zusammenfassend beschrieben<sup>7</sup>.

#### **3.5.1 Gesamtergebnis**

In Fall 1 (Gesamtergebnis 1,7; 5 Personen in die Prüfung einbezogen), wird durch das auswertende Mitglied des Projektteams „Evaluation“ der SEG 2 unter anderem hervorgehoben, dass erhebliche Mängel bei personenbezogenen Prozessen (T1 „Individuelle Wünsche Körperpflege“ bei zwei von fünf Personen bei der Leistungserbringung nicht berücksichtigt, T11 „Dekubitusrisiko“ bei zwei von drei Personen nicht erfasst, T13 „Kontrakturrisiko“ bei null von zwei Personen bei der Leistungserbringung berücksichtigt) sich nicht ausreichend auf das Gesamtergebnis auswirkten.

Auch in Fall 2 (Gesamtergebnis 3,4; 5 Personen in die Prüfung einbezogen) wird das Gesamtergebnis nicht als nachvollziehbar bewertet. In diesem Fall war im Qualitätsbereich 1 „Pflegerische Leistungen“ die Note (Q1-Note 5,0) nachvollziehbar, aber dieses Ergebnis hat sich nicht ausreichend in der Gesamtnote niedergeschlagen. Diese Note ist zustande gekommen, weil u.a. Kriterien zur Ernährung, Ausscheidung, Dekubitusprophylaxe, Kontrakturprophylaxe aber auch zur Demenz mit mangelhaft bewertet worden sind.

Auch im Fall 5 (Gesamtergebnis 2,1; 5 Personen in die Prüfung einbezogen) wird das Gesamtergebnis als nicht nachvollziehbar bewertet, weil sich die Ergebnisse aus dem Qualitätsbereich 1 „Pflegerische Leistungen“ (Q1-Note 4,2) nicht ausreichend auf das Gesamtergebnis niedergeschlagen haben. Die Note für den Qualitätsbereich 1 „Pflegerische Leistun-

---

<sup>7</sup> Die Nummern in Klammern geben die Nummern der Anlage 1 bzw. 2 zur QPR an. Die Bezeichnung Txx bezieht sich auf die Transparenzkriterien mit den entsprechenden Nummern.

gen“ kam zustande, weil u.a. Kriterien zur Körperpflege, zum Essen und Trinken, zu Ausscheidungen und zu Kontrakturen mit mangelhaft bewertet worden sind.

Zusätzlich zu den personenbezogenen Kriterien wurde in Fall 1 und Fall 2 darauf hingewiesen dass wichtige einrichtungsbezogene Kriterien bei der Notenbewertung außen vor bleiben mussten, weil diese nicht in den Transparenzvereinbarungen enthalten sind. Auch dies wurde als Begründung dafür herangezogen, dass das Gesamtergebnis nicht nachvollziehbar war (siehe auch Qualitätsbereich 3).

### **3.5.2 Qualitätsbereich 1 „Pflegerische Leistungen“**

Die Note zum Qualitätsbereich 1 „Pflegerische Leistungen“ wurde in drei Fällen (1, 3, 4) als nicht nachvollziehbar bewertet.

In Fall 1 (Q1-Note 2,6) wurde einerseits bei zwei von drei Personen das Dekubitusrisiko nicht erfasst (T11), auch beim Kontrakturrisiko (T13) erhielt der Pflegedienst ein mangelhaft, andererseits wurden auch wesentliche Kriterien, die nicht als Transparenzkriterien vereinbart worden sind, nicht erfüllt. Hierbei handelt es sich um erforderliche Beratungsangebote zur Dekubitusprophylaxe (11.7) sowie zur Kontrakturprophylaxe (11.11).

In Fall 3 wurden nicht die Transparenzkriterien als Begründung für die nicht nachvollziehbare Note für den Qualitätsbereiche herangezogen (Q1-Note 1,9), sondern die Feststellung dass zu den Themen Sturzrisiko (11.5), Dekubitusrisiko (11.7), Kontrakturrisiko (11.11), Dehydrationsrisiko (12.5), Ernährung (12.9), Kontinenz (13.3) und Demenz (14.2) der Pflegedienst seiner Verantwortung für die Beratung gegenüber den von ihm versorgten pflegebedürftigen Personen nicht in erforderlichem Maße nachgekommen ist.

Ebenso verhält es sich mit Fall 4 (Q1-Note 3,7), bei dem das Ergebnis als nicht nachvollziehbar bewertet worden ist, weil zu den Themen Sturzrisiko (11.5.), Dekubitusrisiko (11.7), Ernährung (12.5) und Kontinenz (13.3) die Beratung durch den Pflegedienst Schwächen gezeigt hat.

### **3.5.3 Qualitätsbereich 2 „Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen“**

Die Ergebnisse zum Qualitätsbereich 2 wurden in zwei Fällen (1, 4) als nicht nachvollziehbar dargestellt. Hauptbegründung dafür ist, dass aufgrund der Zufallsstichprobe in der ambulanten Pflege nur sehr wenige Personen in die Bewertung dieses Qualitätsbereiches einbezogen werden konnten und dass nur eine sehr geringe Zahl von Kriterien bei diesen Personen zutraf. Zu dieser Problematik wird auch auf die quantitative Analyse der Daten zur ambulanten Pflege verwiesen.

In Fall 1 wurde die Note für den Qualitätsbereich 2 auf der Grundlage einer Person berechnet, bei der lediglich 2 Kriterien zugetroffen haben. In Fall 4 konnten ebenfalls nur 2 Kriterien geprüft werden.

### **3.5.4 Qualitätsbereich 3 „Dienstleistung und Organisation“**

Hauptbegründung für die festgestellten Diskrepanzen (Fälle 1, 2) ist auch hier (siehe auch Gesamtergebnis), dass wichtige Kriterien im Bereich der Dienstleistung und Organisation bei der Bewertung des Qualitätsbereiches außen vor bleiben, weil diese nicht in den Transparenzvereinbarungen vereinbart worden sind.

In Fall 1 (Q3-Note 1,0) war das Transparenzkriterium 35 (Verantwortungsbereiche für Leitende Pflegefachkraft geregelt) erfüllt (Note 1,4), die Stelle war jedoch seit sechs Monaten gar nicht besetzt, ebenso die Stelle der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft (3.2 -3.7). Leitungsaufgaben konnten nicht wahrgenommen (4.2 Zeit für Leitungsaufgaben) und Hilfskräfte konnten nicht angeleitet werden (4.3). In diesem Pflegedienst war lediglich eine Fachkraft für 10 Stunden in der Woche auf Honorarbasis angestellt.

Auch in Fall 3 erfolgte keine Anleitung von Hilfskräften (4.3), Expertenstandards fanden keine Berücksichtigung im Qualitätsmanagement (6.3) und ein systematisches Qualitätsmanagement nach dem PDCA-Zyklus erfolgte nicht (6.5).

### **3.5.5 Qualitätsbereich 4 „Befragung der Kunden“**

Zwar wurden in den Fallbeispielen für die ambulante Pflege die Ergebnisse des Qualitätsbereiches 4 nicht als nicht nachvollziehbar bewertet, es ist jedoch für die Prüfer und für die Mitglieder des Projektteams „Evaluation“ in der Praxis häufig schwierig, die meist extremen Unterschiede zwischen fachlich bewerteten Qualitätsbereichen und den Befragungsergebnissen zu begründen. Dabei handelt es sich um ein bekanntes grundsätzliches methodisches Problem, das bei der qualitativen Analyse daher nur am Rande in den Blick genommen worden ist.

## **3.6 Zusammenfassung der Ergebnisse der qualitativen Analyse für die ambulante Pflege**

- Ausgehend von der Analyse typischer Beispiele hat sich gezeigt, dass es Fälle gibt, bei denen ein erhebliches Missverhältnis zwischen Pflegezustand/Pflegequalität und Gesamtergebnis/Bereichsnoten besteht. Dies betrifft in der ambulanten Pflege insbesondere die Themen Dekubitusprophylaxe und Wundversorgung, Ernährung und Flüssigkeitsversorgung, Umgang mit Inkontinenz, Sturzprophylaxe und Kontrakturprophylaxe.
- Auch auf der Ebene der Kriterien zeigt sich, dass insbesondere bei den genannten Themen Kriterien häufiger zu positiv bewertet werden, weil entsprechend der Bewertungssystematik der Transparenzvereinbarungen trotz defizitärer Situationen bei einzelnen einbezogenen Personen relativ positive Kriterienergebnisse zustande kommen können.
- Das zufallsgesteuerte Verfahren für die Stichprobenziehung von in die Prüfung einzubeziehenden Personen führt dazu, dass wesentliche Kriterien nicht immer in die Prüfung



einbezogen werden können. Besonders gravierend wirkt sich dies auf den Qualitätsbereich 2 „Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen“ in der ambulanten Pflege aus. Die Fallbeispiele zeigen, dass hier z.T. auf der Grundlage von 2 Kriterien eine Bereichsnote gebildet werden musste.

- Es hat sich bei der Auswertung der Prüf- und Transparenzberichte gezeigt, dass zwischen Prüfbericht und Transparenzbericht Diskrepanzen entstehen können, weil wichtige Organisationskriterien im Transparenzbericht unberücksichtigt bleiben, dies betraf u.a. die strukturellen Anforderungen an die Leitungskräfte in der Pflege, die Wahrnehmung von Leitungsaufgaben, die Einarbeitung von Hilfskräften und die Berücksichtigung von Expertenstandards im Qualitätsmanagement.
- In der ambulanten Pflege wurde insbesondere auch eine Diskrepanz zwischen Prüfbericht und Transparenzbericht gesehen, weil wichtige Prüffragen zur Beratung (z.B. zur Inkontinenz, zum Dekubitusrisiko, zum Kontrakturrisiko), durch den Pflegedienst zu Risikosituationen, die Gegenstand des umfangreicheren Prüfkataloges des MDK sind, die aber nicht als Transparenzkriterien vereinbart worden sind, keine Auswirkungen auf die Benotung auf Ebene des Qualitätsbereiches 1 „Pflegerische Leistungen“ hatten.

## 4 Empfehlungen

### 4.1 Zusätzliche Bewertungsregel

Das Projektteam „Evaluation“ der SEG 2 hat für die ambulante und stationäre Pflege aus fachlicher Perspektive Risikokriterien identifiziert (vgl. 2.2.4.1 und 3.4 stationär, 2.3.4.1 und 3.6 ambulant), die auf das rechnerische Gesamtergebnis und das Ergebnis insbesondere zu Qualitätsbereich 1 (ambulant auch Qualitätsbereich 2) nicht immer ausreichenden Einfluss haben. Da jedes Kriterium mit gleichem Gewicht in die Bereichsbewertung und das rechnerische Gesamtergebnis eingeht, ist es durch die der Transparenzvereinbarung zugrundeliegende Bewertungssystematik möglich, dass eine mangelhafte Bewertung einzelner Risikokriterien durch eine gute Bewertung anderer Kriterien ausgeglichen werden kann, so dass selbst wenn 2 oder 3 der Risikokriterien eine mangelhafte Note erhalten, immer noch sehr gute Gesamtbewertung möglich ist. Die Auswertungen zeigen, dass dies vergleichsweise häufig vorkommt (vgl. Tabelle 9, Seite 18 stationär; Tabelle 19, Seite 31 ambulant). Damit die besondere inhaltliche Relevanz der genannten Risikokriterien in der Bewertungssystematik Niederschlag findet, ist es notwendig diesen Kriterien durch zusätzliche Bewertungsregeln ein angemesseneres Gewicht für das Gesamtergebnis und die Bereichsergebnisse zu verleihen. Daher werden gesondert für die stationäre und die ambulante Pflege zur kurzfristigen Änderung der Transparenzvereinbarungen die folgenden zusätzlichen Bewertungsregeln vorgeschlagen.

#### **Stationäre Pflege:**

Wenn zwei bis fünf der neun Risikokriterien eine Bewertung von mangelhaft erhalten, wird das Ergebnis des Qualitätsbereichs 1 „Pflege und medizinische Versorgung“ und das rechnerische Gesamtergebnis um eine Notenstufe (1,0) abgewertet.

Wenn sechs bis acht der neun Risikokriterien mangelhaft bewertet worden sind, erfolgt beim Qualitätsbereich 1 und beim rechnerischen Gesamtergebnis eine Abwertung um zwei Notenstufen (2,0).

Wenn alle neun Risikokriterien mangelhaft bewertet worden sind, erfolgt beim Qualitätsbereich 1 und beim rechnerischen Gesamtergebnis eine Abwertung auf die Note mangelhaft (5,0).

Aufgrund ihrer besonders hohen Relevanz werden dabei in der stationären Pflege die Kriterien T15 „Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung?“ und T18 „Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung?“ doppelt gewertet. Demnach erfolgt z.B. bereits eine Abwertung der Bereichs- und Gesamtbewertung um eine Note, wenn eines der beiden Kriterien mangelhaft bewertet worden ist.

Bei Anwendung dieser Regel wird ausgeschlossen, dass Einrichtungen, die bei mindestens zwei der Risikokriterien eine mangelhafte Bewertung erhalten, eine sehr gute Note für den Qualitätsbereich 1 „Pflege und medizinische Versorgung“ bzw. für das rechnerische Gesamtergebnis erreichen. Ferner wird ausgeschlossen, dass Einrichtungen, die bereits bei einem der beiden Risikokriterien T15 oder T18 eine mangelhafte Bewertung erhalten eine sehr gute Note für den Qualitätsbereich 1 bzw. für die Gesamtbewertung erreichen. Damit wird insgesamt sichergestellt, dass die ausgewählten Risikokriterien bei einer mangelhaften Bewertung deutlich weniger durch andere personenbezogene oder einrichtungsbezogene Kriterien auf Bereichs- und Gesamtebene ausgeglichen werden können.

### **Ambulante Pflege:**

Analog zur stationären wird für die ambulante Pflege eine zusätzliche Bewertungsregel vorgeschlagen. Dabei ist zu beachten, dass die definierten Risikokriterien in der ambulanten Pflege aus zwei Qualitätsbereichen stammen und die Anzahl der Risikokriterien im Vergleich zur Gesamtzahl der Transparenzkriterien größer ausfällt als in der stationären Pflege. Weiterhin sollte berücksichtigt werden, dass Diskrepanzen zwischen den Risikokriterien und dem Bereichs- und Gesamtergebnis seltener vorkommen als im stationären Bereich.

## **4.2 Anpassung der Bewertung für zentrale personenbezogene Kriterien**

Die als kurzfristige Änderung der Transparenzvereinbarungen vorgeschlagene zusätzliche Bewertungsregel hat zwar Auswirkungen auf die Gestaltung der Noten im Qualitätsbereich 1 (ambulant auch Qualitätsbereich 2) und das Gesamtergebnis, der Vorschlag hat aber keine Auswirkungen auf die Bewertung auf der Kriterienebene. Bei personenbezogenen Kriterien wird aber erst relativ spät ein mangelhaftes Ergebnis ausgewiesen, z.B. wird die Note mangelhaft für ein Kriterium mit 10 einbezogenen Personen erst dann vergeben, wenn das Kriterium bei mindestens 6 Personen nicht erfüllt ist. Dies ist insbesondere im stationären Bereich bei den Kriterien T15 „Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung?“ und T18 „Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtung?“ fachlich nicht vertretbar, da hier bei jeder einzelnen Person, bei der das Kriterium nicht erfüllt ist, eine erhebliche Gefährdung besteht oder bereits ein Schaden eingetreten ist. Daher wird für diese Kriterien vorgeschlagen, negative Ereignisse doppelt bei der Berechnung der Kriteriennote zu werten. Dies würde z.B. dazu führen, dass sich bei 10 einbezogenen Personen schon bei 4 negativen Ergebnissen die Note mangelhaft (4,6) für das Kriterium ergeben würde. Darüber hinaus wird empfohlen, in einem weiteren fachlichen Diskurs zu klären, bei welchen weiteren Risikokriterien in der ambulanten und der stationären Pflege ebenso verfahren werden soll.

### 4.3 Anpassung der Cut-off-Punkte für die Noten

Aus inhaltlichen Gründen sind die Cut-off-Punkte der Skalenwerte für die Noten entsprechend den Anlagen 3 der Transparenzvereinbarungen für die ambulante und die stationäre Pflege nicht nachvollziehbar. Beispielsweise ist es nicht vermittelbar, dass Einrichtungen, die weniger als die Hälfte der Anforderungen erfüllen, noch ein ausreichendes Gesamtergebnis erreichen können. Daher wird vorgeschlagen, die Cut-off-Werte für die Noten zu verändern. Insbesondere werden die untere Skalenwertschwelle für die Note sehr gut (8,7 für die Note 1,4) und die obere Skalenwertschwelle für die Note mangelhaft (< 4,5 für die Note 4,5) als zu niedrig angesehen. In Abhängigkeit von einer Veränderung dieser Skalenschwellenwerte sind die Spannweiten für die Noten gut bis ausreichend entsprechend neu zu verteilen.

### 4.4 Modifikation für die Zusammenstellung der Personenstichprobe

Im Rahmen der vorliegenden Analyse hat sich gezeigt, dass bestimmte personenbezogene Kriterien bei weitem nicht in jeder Pflegeeinrichtung erhoben werden können. Diese Problematik zeigt sich besonders im ambulanten Bereich beim Qualitätsbereich 2 „Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen“ (vgl. Tabelle 6b der Anlage 2 und Fallbeispiele). Vielfach können nur ein oder zwei Kriterien bewertet werden, weil die hierzu relevanten Leistungen seltener erbracht werden und darüber hinaus aufgrund der Zufallsstichprobe sehr wenige Personen einbezogen werden können, bei denen diese Kriterien zutreffen.

Es wird für die ambulante Pflege empfohlen, die Auswahlkriterien für die Zusammenstellung der Stichprobenziehung so zu ergänzen, dass die Anzahl der prüfbaren personenbezogenen Kriterien erhöht werden kann. Zum einen sollten hierzu in die Prüfung in der Regel Personen einbezogen werden, die mindestens an fünf Tagen in der Woche Leistungen nach dem SGB XI erhalten. In dieser Stichprobe sollten mindestens zwei Personen enthalten sein (davon wenn möglich eine Person mit einer Wundversorgung), bei denen Transparenzkriterien aus dem Qualitätsbereich 2 geprüft werden können. Ist dies nicht gewährleistet, sollten alternativ Personen in die Stichprobe aufgenommen werden, bei denen eine entsprechende Prüfung der Kriterien aus dem Qualitätsbereich 2 möglich ist.

Die Auswertungen und die Fallbeispiele zur ambulanten Pflege haben gezeigt, dass im Bereich 2 häufiger eine Bereichsnote auf der Grundlage von einzelnen einbezogenen Personen bzw. Kriterien gebildet wird. Es wird daher empfohlen, in den Transparenzvereinbarungen eine erforderliche Mindestanzahl von Kriterien festzulegen, die für die Bildung der Bereichsnote erforderlich ist.

Ob auch für die stationäre Pflege zusätzliche Auswahlkriterien für die Zusammensetzung der Zufallsstichprobe einzubeziehender Personen festzulegen sind, sollte in Abhängigkeit zum Ergebnis des Forschungsprojektes „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beur-

teilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“, das im Auftrag des BMG und des BMFSFJ durchgeführt wird, entschieden werden.

#### 4.5 Änderungsbedarf bei einrichtungsbezogenen Kriterien

Einrichtungsbezogene Kriterien der Transparenzvereinbarungen, die sich auf selbstverständliche strukturelle Anforderungen an stationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste beziehen, sollten aus der Bewertung heraus genommen werden, dies gilt für den Qualitätsbereich 4 „Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene“ für die stationäre Pflege und den Qualitätsbereich 3 „Dienstleistung und Organisation“ für die ambulante Pflege.

##### Zur stationären Pflege:

Die folgenden Kriterien sind aus Sicht des Projektteams „Evaluation“ der SEG 2 Qualitätsmerkmale, die bei der überwiegenden Zahl der Fälle von den Pflegeeinrichtungen erfüllt werden und die dem Verbraucher in dieser Form keine Entscheidungshilfe für die Auswahl eines Heimes bieten:

- T57 Wirken die Bewohner an der Gestaltung der Gemeinschaftsräume mit?
- T59 Kann der Zeitpunkt des Essens im Rahmen bestimmter Zeitkorridore frei gewählt werden?
- T60 Wird Diätkost, z. B. für Menschen mit Diabetes, angeboten?
- T61 Ist die Darbietung von Speisen und Getränken an den individuellen Fähigkeiten der Bewohner orientiert (z. B. wird die Nahrung nur bei tatsächlicher Notwendigkeit klein geschnitten oder als passierte Kost serviert)?
- T62 Wird der Speiseplan in gut lesbarer Form bekannt gegeben?
- T63 Orientieren die Portionsgrößen sich an den individuellen Wünschen der Bewohner?

- Zu T57: Dieses Kriterium gibt dem Verbraucher keine Information über die tatsächliche Atmosphäre in den Gemeinschaftsräumen und ist zudem insbesondere an das Vorhandensein eines Konzeptes geknüpft.
- Zu T59: Diese Frage ist aufgrund der geringen Anforderungsniveaus fast immer erfüllt und hat wegen nicht definierter Zeitkorridore nur sehr geringe Aussagekraft.
- Zu T60: Das Kriterium spielt in der Versorgungsrealität (insbesondere auch bei Diabetes) eine untergeordnete Rolle.
- Zu T61: Das Kriterium sollte ausschließlich personenbezogen geprüft werden.
- Zu T62: Das Kriterium ist für die Veröffentlichung nicht geeignet, weil es als rein formale Anforderung geprüft wird.
- Zu T63 Das Kriterium bezieht sich hauptsächlich auf das Vorhandensein einer Konzeption. Das Kriterium ist in dieser Form entbehrlich, eine personenbezogene Anwendung wird empfohlen.

Weiterhin gilt für die Kriterien T34 und T35: Ein Ausgleich von personenbezogenen Kriterien bei der Berechnung der Note für den Qualitätsbereich 1 „Pflege und medizinische Versorgung) durch einrichtungsbezogene Kriterien kann vermieden werden, wenn die einrichtungsbezogenen Kriterien T34 „Schulung Erste-Hilfe und Notfallmaßnahmen“ und T35 „Verfah-

rensanweisung Erste-Hilfe“ einem anderen Qualitätsbereich zugeordnet werden. Darüber hinaus wird bei Kriterium 34 lediglich das regelmäßige Angebot an Fortbildungen in Erster-Hilfe und Notfallmaßnahmen geprüft. In dieser Form ist das Kriterium daher für die Information des Verbrauchers nicht relevant. Aus qualitätsmethodischer Betrachtung ist das Kriterium für die Veröffentlichung entbehrlich. Bei Kriterium 35 wird lediglich das Vorhandensein einer schriftlichen Regelung geprüft. In dieser Form ist das Kriterium daher für die Information des Verbrauchers nicht relevant. Wenn das Kriterium beibehalten werden soll, sollte geregelt werden, welche Mindestinhalte Verfahrensanweisungen haben sollen, für welche Notfallsituationen diese Regelungen zu erstellen sind und über welche Kenntnisse die Mitarbeiter verfügen müssen.

Das Kriterium T55 „Beschwerdemanagement“ sollte einem anderen einrichtungsbezogenen Bewertungsbereich zugeordnet werden, da es keinen unmittelbaren Zusammenhang mit der sozialen Betreuung und Alltagsgestaltung hat.

### **Zur ambulanten Pflege:**

Die folgenden Kriterien sind aus Sicht des Projektteams „Evaluation“ der SEG 2 Qualitätsmerkmale, die bei der überwiegenden Zahl der Fälle von den Pflegediensten erfüllt werden und die dem Verbraucher in dieser Form keine Entscheidungshilfe für die Auswahl eines Pflegedienstes bieten:

- T29 Wird durch den Pflegedienst vor Vertragsbeginn ein Kostenvoranschlag über die voraussichtlich entstehenden Kosten erstellt?
- T30 Gibt es wirksame Regelungen innerhalb des Pflegedienstes, die die Einhaltung des Datenschutzes sicherstellen?
- T31 Gibt es schriftliche Verfahrensanweisungen zum Verhalten der Pflegekräfte in Notfällen bei pflegebedürftigen Menschen?
- T32 Werden die Mitarbeiter regelmäßig in Erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult?
- T33 Gibt es eine schriftliche Regelung zum Umgang mit Beschwerden?
- T34 Gibt es einen Fortbildungsplan, der sicherstellt, dass alle in der Pflege tätigen Mitarbeiter in die Fortbildungen einbezogen werden?
- T35 Ist der Verantwortungsbereich/ sind die Aufgaben für die leitende Pflegefachkraft geregelt?
- T36 Ist der Verantwortungsbereich/sind die Aufgaben für die Mitarbeiter in der Hauswirtschaft geregelt?

- Zu T29: Das Kriterium ist an dieser Stelle entbehrlich, weil es nur formal anhand von „Dokumentenmustern“ geprüft wird und weil die Kriterien 38 und 39 (Befragung der Kunden) eine konkretisierende Zielrichtung haben.
- Zu T30: Dieses Kriterium kann nur formal geprüft werden und ist aus fachlicher Perspektive für die Bewertung der Qualität eines Pflegedienstes nachrangig.
- Zu T31: Hier wird lediglich das Vorhandensein einer schriftlichen Regelung geprüft. In dieser Form ist das Kriterium daher für die Information des Verbrauchers nicht relevant. Wenn das Kriterium beibehalten werden soll, sollte geregelt werden, welche Mindestinhalte Verfahrensweisungen haben sollen, für welche Notfallsituationen diese Regelungen zu erstellen sind und über welche Kenntnisse die Mitarbeiter verfügen müssen.
- Zu T32: Hier wird lediglich das regelmäßige Angebot an Fortbildungen in Erster-Hilfe und Notfallmaßnahmen geprüft. In dieser Form ist das Kriterium daher für die Information des Verbrauchers nicht relevant. Aus qualitätsmethodischer Betrachtung ist das Kriterium für die Veröffentlichung entbehrlich.
- Zu T33: Eine Information zum Beschwerdemanagement ist für den Verbraucher zwar sinnvoll, die Ausfüllanleitung zu diesem Kriterium ist jedoch unklar bzw. bietet kein eindeutiges Qualitätsmerkmal für den Verbraucher. Fragestellung und Ausfüllanleitung sollten an die stationäre Transparenzvereinbarung angepasst werden.
- Zu T34: Das Kriterium wird durch mehrere Ausnahmeregelungen (z.B. nicht erforderlich bei unetweter Beschäftigung) in der Ausfüllanleitung ausgehöhlt und ist vor diesem Hintergrund für den Verbraucher von geringem Informationsgehalt.
- Zu T35 und T36: Diese Kriterien sind für die Information des Verbrauchers ungeeignet und aus qualitätsmethodischer Betrachtung für die Veröffentlichung entbehrlich.

#### **4.6 Änderungsbedarf bei personenbezogenen Kriterien**

##### **Zur stationären Pflege:**

Zu T6, T13, T16, T24, T27: Um den bürokratischen Aufwand für die Pflegeeinrichtungen zu reduzieren, sollten die Kriterien T6 „Risikoerkennung Dekubitus“, T13 „Ernährungsrisiken und –ressourcen“, T16 „Risikoerkennung Flüssigkeitsversorgung“, T24 „Risikoerkennung Sturz“, T27 „Risikoerkennung Kontraktur“ nur bei den Personen bewertet werden, bei denen ein entsprechendes Risiko besteht und nicht bei allen in die Prüfung einzubeziehenden Bewohnern.

Zu T15 und T18: Die Kriterien T15 „Angemessene Ernährung“ und T18 „Angemessene Flüssigkeitsversorgung“ sollten analog zu anderen Risikokriterien nur bei den Personen bewertet werden, bei denen ein Risiko besteht. In der vereinbarten Form werden die Verbraucher irreführend informiert, da die beiden Kriterien auch bei den Bewohnern bewertet werden, bei denen kein Risiko vorliegt und bei denen die Pflegeeinrichtungen daher auch keine spezifischen Hilfen erbringen müssen.

Zu T29 und T30: Auf das Kriterium T29 sollte in dieser Form verzichtet werden, weil darüber keine qualitative Aussage zum verantwortungsvollen Umgang mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen getroffen wird. Im Rahmen der Überprüfung des Kriteriums T30 ist darüber hinaus die Einbeziehung solcher Bewohner sicher zu stellen, bei welchen die Pflegeeinrichtungen Einschränkungen der Freiheit bereits durch entsprechende Alternativmaßnahmen im

Vorfeld vermeiden. Dies betrifft insbesondere die Personengruppe mit "herausfordernden Verhaltensweisen" in Verbindung mit Sturzgefährdung.

#### **Zur ambulanten Pflege:**

Zu T12, T13, T14: In den Anlagen 1 und 3 der Transparenzvereinbarungen für die ambulante Pflege sollte durch Veränderungen der Kriterienbezeichnungen und Anpassung der Ausfüllanleitungen sichergestellt werden, dass die Kriterien T12 „Dekubitusprophylaxe“, T13 „Kontrakturprophylaxe“ und T14 „Mobilität“ nach gleichen Anforderungen im Zusammenhang mit der Durchführung grundpflegerischer Maßnahmen geprüft werden können.

Zu T3, T6, T10: Bei den Kriterien T3 „Flüssigkeitsgabe“, T6 „Nahrungsaufnahme“ und T10 „Ausscheidung“ ist nicht nachvollziehbar, warum diese allein deshalb erfüllt sein sollen, wenn die Maßnahmen durchgeführt worden sind. Diese Kriterien sollten entweder entfernt werden oder mit inhaltlichen Qualitätsmerkmalen verknüpft werden.

Darüber hinaus zeigt die qualitative Analyse der Prüf- und Transparenzberichte in der ambulanten Pflege, dass wichtige Kriterien zur Beratung der Pflegebedürftigen im Zusammenhang mit Risiken nicht in den Transparenzvereinbarungen enthalten sind. Diese Kriterien sollten ergänzt werden.

#### **4.7 Modifizierung der Befragung**

Die Befragungsergebnisse geben den Verbrauchern keine Hilfestellung zur Auswahl einer stationären Pflegeeinrichtung bzw. eines ambulanten Pflegedienstes, weil die Einrichtungen sich in diesem Qualitätsbereich kaum unterscheiden lassen. Der Aufwand für die Befragung in dieser Form sollte daher deutlich reduziert werden (Kriterienanzahl reduzieren, Stichprobengröße flexibler gestalten); ggf. könnte auch geprüft werden, ob für die Veröffentlichung von Prüfergebnissen vollständig auf die Befragung verzichtet werden kann.

#### **4.8 Messung der Lebensqualität bei Demenz**

Alternativ oder ergänzend zur Befragung sollte insbesondere für die stationäre Pflege geprüft werden, ob Verfahren in die Prüfung und die Veröffentlichung von Prüfergebnissen integriert werden können, mit denen die Lebensqualität von Menschen mit Demenz erhoben werden kann.

#### **4.9 Definition zusätzlicher Ergebniskriterien und Gewichtung dieser Kriterien**

Die vereinbarten Transparenzkriterien für die stationäre und ambulante Pflege enthalten nur wenige eindeutige Ergebniskriterien im engeren Sinne. Auf der Grundlage der Ergebnisse



des von BMG und BMFSFJ geförderten Projekts „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“, die am Rande auch Aussagen zur ambulanten Pflege liefern sollen, könnten weitere Ergebniskriterien in den Prüfkatalog aufgenommen werden, die mit einer Gewichtung in die Notenberechnung auf Bereichs- und Gesamtebene einfließen könnten oder bei denen negative Ereignisse bei der Berechnung der Kriteriennote mit doppelter Wertung einfließen können.

#### **4.10 Weiterführung der Datensammlung**

Um weiterhin einen systematischen Überblick über die Entwicklung der Notenverteilung auf Ebene der Kriterien, der Qualitätsbereiche sowie des rechnerischen Gesamtergebnisses zu erhalten und im Vergleich dazu auch die übrigen Prüfergebnisse, die nicht Gegenstand der Transparenzvereinbarungen sind, bewerten zu können, wird die Fortführung einer regelmäßigen bundesweiten Berichterstattung empfohlen.



## Keinen Rückschritt in der Transparenz zulassen – Pflegenoten jetzt überarbeiten

Essen, 01. September 2010

**„Die Pflegenoten haben Bewegung in die Qualitätsdiskussion in der Pflege gebracht und Transparenz hergestellt, wo es vorher keine gab. Wir sind deshalb nach wie vor der Auffassung, dass mit den Pflegenoten grundsätzlich der richtige Weg beschritten wurde. Wir als Medizinischer Dienst haben bereits eine Reihe von Vorschlägen zur kurzfristigen Weiterentwicklung vorgelegt“, erklärte Dr. Peter Pick, Geschäftsführer des MDS aus Anlass der Veröffentlichung eines Urteils des Sozialgerichts Münster am 30. August.**

Im Februar hatten Experten der MDK-Gemeinschaft einen Evaluationsbericht vorgelegt, in dem sie Nachbesserungen durch eine stärkere Gewichtung von bewohnerbezogenen Risikokriterien forderten. Auch die Autorinnen der Ende Juli veröffentlichten wissenschaftlichen Evaluation zur Beurteilung der Pflege-Transparenzvereinbarungen, Prof. Dr. Martina Hasseler und Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann, plädieren für eine Einbeziehung von Risikokriterien in die Notenberechnung. Außerdem schlagen sie eine Überprüfung der Stichprobenziehung vor.

„Grundsätzlich haben sich die Pflegenoten bewährt. Aber wir sollten jetzt die Hinweise der Wissenschaftlerinnen und Fachleute aufgreifen und das Instrument zügig so weiterentwickeln, dass die Kinderkrankheiten behoben werden. Dabei sollten vor allem Risikokriterien ein stärkeres Gewicht erhalten. Mängel bei personenbezogenen Kriterien – zum Beispiel bei der Ernährung, der Flüssigkeitsversorgung oder der Vermeidung von Druckgeschwüren – müssen sich künftig stärker in der Bereichs- und in der Gesamtnote niederschlagen. Im Interesse der Pflegebedürftigen müssen wir dafür sorgen, dass der Prozess hin zu mehr Qualität und Transparenz nicht ins Stocken gerät“, sagte Pick.

### Hintergrund:

Seit Dezember 2009 werden die Ergebnisse von MDK-Qualitätsprüfungen mit Noten von „sehr gut“ bis „mangelhaft“ im Internet und in den Pflegeeinrichtungen veröffentlicht. Eine Reihe von Einrichtungen mit schlechten Noten hat bereits gegen die Veröffentlichung geklagt. Dabei waren verschiedenen Gerichte zu unterschiedlichen Entscheidungen gekommen, zuletzt das nordrhein-westfälische Landessozialgericht in Essen am 14. Mai 2010 mit der Entscheidung dass die Veröffentlichung eines Transparenzberichts kein verfassungswidriger Eingriff in die Rechte des betroffenen Pflegeheimbetreibers ist, wenn ein faires, neutrales, objektives und sachkundiges Prüfverfahren nach der Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS) vorausgegangen ist. Das Sozialgericht in Münster hat dagegen in einem am Montag (30. August 2010) veröffentlichten Urteil die Veröffentlichung des Transparenzberichtes eines Pflegeheimes in Westfalen untersagt.

**Ihre Ansprechpartnerin**

**MDS**

**Christiane Grote**

Fachgebietsleiterin Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Tel.: 0201 8327-115

Fax: 0201 8327-3115

c.grote@mds-ev.de

» weiterlesen

Seite drucken



**MDS: Pflegemängel dürfen nicht verschleiert werden - Zu mehr Transparenz bei der Pflegequalität gibt es keine Alternative**

Essen, 24. November 2010

**„Dass die notwendige Nachbesserung bei den Pflegenoten vorerst nicht gelungen ist, ist sehr bedauerlich. Für den Medizinischen Dienst steht im Mittelpunkt, dass Einrichtungen mit Mängeln in zentralen Versorgungskriterien wie der Vermeidung von Druckgeschwüren nicht mit einer guten Bereichs- oder Gesamtnote davonkommen dürfen“, erklärte MDS-Geschäftsführer Dr. Peter Pick, nach dem Abbruch der Gespräche zur Überarbeitung der Pflege-transparenzvereinbarung.**

„Wir sind nach wie vor der Auffassung, dass mit der Pflege-transparenz grundsätzlich der richtige Weg beschritten wurde. Denn die Pflegenoten haben Bewegung in die Qualitätsdiskussion in der Pflege gebracht und Transparenz hergestellt, wo es vorher keine gab. Aber wir wollen die Pflegenoten als System dort weiter entwickeln, wo Mängel erkannt worden sind. Deshalb haben wir uns dafür eingesetzt, Kernkriterien der Versorgung stärker zu gewichten. Zeigen Einrichtungen bei diesen Kriterien Mängel, muss sich dies sowohl in der Bereichs- wie auch in der Gesamtnote niederschlagen.“

Eine greifbar nahe Einigung ist jetzt an der Verweigerungshaltung einzelner Einrichtungsverbände gescheitert. Damit schützen die Leistungserbringerverbände eine kleine Minderheit von Einrichtungen und nehmen in Kauf, dass die dringend notwendige Transparenz verwässert wird. Es darf nicht sein, dass Mängel, die bei der Qualitätsprüfung festgestellt werden, in den Transparenzberichten verschleiert werden. Auf der Strecke bleibt das legitime Interesse der Pflegebedürftigen und Verbraucher, Transparenz über die Qualität in der Pflege zu erhalten.“

Hintergrund:

Seit Dezember 2009 werden die Ergebnisse von MDK-Qualitätsprüfungen mit Noten von „sehr gut“ bis „mangelhaft“ im Internet und in den Pflegeeinrichtungen veröffentlicht. Das Vorgehen ist in einem mehrstufigen Verfahren evaluiert worden. Die Autorinnen der Ende Juli veröffentlichten wissenschaftlichen Evaluation zur Beurteilung der Pflege-Transparenzvereinbarungen, Prof. Dr. Martina Hasseler und Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann, sprechen sich für eine Einbeziehung von pflegerischen Kernkriterien in die Notenberechnung aus. Zu diesem Schluss war auch eine Evaluation der MDK-Gemeinschaft gekommen.

**Ihre Ansprechpartnerin**

**MDS**

**Christiane Grote**

Fachgebietsleiterin Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Tel.: 0201 8327-115

Fax: 0201 8327-3115

[c.grote@mds-ev.de](mailto:c.grote@mds-ev.de)

» weiterlesen





## **Noten für Pflegequalität: MDS und MDK stellen erste Evaluationsergebnisse vor**

Essen, 24. Februar 2010

**Die Notensystematik ist grundsätzlich geeignet, Qualitätsunterschiede zwischen Pflegeeinrichtungen darzustellen. Nachbesserungsbedarf gibt es jedoch bei der Abbildung zentraler bewohnerbezogener Risikokriterien in den Bereichsnoten sowie in der Gesamtnote. Das ist die zentrale Aussage des Evaluationsberichts, den Experten der MDK-Gemeinschaft auf einem Workshop des GKV-Spitzenverbandes vorgestellt haben.**

Am 22. Februar fand in Berlin ein Workshop zu den Transparenzkriterien und dem Bewertungssystem von Pflegeeinrichtungen statt. Diese Veranstaltung ist Teil des Evaluationskonzeptes, das die Partner der Transparenzvereinbarung – GKV-Spitzenverband und Verbände der Leistungserbringer – vereinbart hatten. Auf Einladung des GKV-Spitzenverbandes diskutierten Vertreter von Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen mit Pflegewissenschaftlern und Experten aus den Medizinischen Diensten über die Erfahrungen aus den bisherigen Prüfungen und über möglichen Veränderungsbedarf.

Ausgewertet haben die Autoren des Evaluationsberichts die Ergebnisse von 928 Qualitätsprüfungen in Pflegeheimen und 231 Prüfungen in ambulanten Pflegediensten. Die Experten des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) und der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) kommen zu dem Ergebnis, dass sowohl beim Gesamtergebnis als auch bei den Bereichsnoten das gesamte Notenspektrum von „sehr gut“ bis „mangelhaft“ ausgeschöpft wird. Und: Die Transparenzvereinbarungen enthalten wesentliche Kriterien, deren Anforderungen die Einrichtungen vielfach noch nicht erfüllen.

Allerdings hat die Analyse auch erbracht, dass sich zum Teil Mängel bei personenbezogenen Kriterien – zum Beispiel bei der Vermeidung von Druckgeschwüren – nicht ausreichend in der Bereichs- und in der Gesamtnote niederschlagen. Besonders gravierend ist dies bei Kriterien, deren Nichterfüllung mit deutlichen Beeinträchtigungen der Lebensqualität oder mit gesundheitlichen Schäden verbunden sein kann. In dem Bericht werden für die stationäre Pflege neun von insgesamt 38 personenbezogenen Kriterien als so genannte Risikokriterien identifiziert. Zwar bilden sich in der Mehrzahl der Fälle negative Bewertungen auch heute bereits angemessen in der Bereichs- und Gesamtnote ab. Aber es gibt eine relevante Zahl von „Ausreißern“, in denen gute Bereichs- und Gesamtnoten mit einem „mangelhaft“ bei einem Risikokriterium einhergehen. Hier sehen die Autoren Nachbesserungsbedarf. Sie schlagen vor, bei einer mangelhaften Bewertung dieser Risikokriterien das Bereichsergebnis und die Gesamtnote abzuwerten. Weiter sieht der Vorschlag vor, dass Negativereignisse bei personenbezogenen Kriterien schneller zu einer mangelhaften Kriteriennote führen.

### **Hintergrund**

Seit dem 1. Juli 2009 prüfen die MDK-Gutachter Pflegeeinrichtungen nach den neuen Transparenzkriterien. Die Ergebnisse der Prüfungen werden mit Noten von „sehr gut“ bis „mangelhaft“ dargestellt. Grundlage für dieses neue Notensystem ist die Pflegereform 2008. Für alle Pflegeheime in Deutschland gibt es eine Gesamtnote und vier Bereichsnoten sowie eine Note für die Bewohnerbefragung geben. Die Gesamtnoten werden aus den Ergebnissen von 64 Einzelkriterien gebildet, die zu vier Qualitätsbereichen zusammengefasst werden. Die Ergebnisse dieser Bereiche werden ebenso veröffentlicht wie die Ergebnisse der Einzelkriterien. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen können sich gezielt zu den Themen "Pflege und medizinische Versorgung", "Umgang mit demenzkranken Bewohnern", "soziale Betreuung und Alltagsgestaltung", "Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene" und zu den Ergebnissen der Bewohnerbefragung informieren. Den Schwerpunkt bildet dabei der Bereich "Pflege und medizinische Versorgung", der mit 35 Qualitätskriterien abgebildet ist. Die 18 Kriterien zur Zufriedenheit der Heimbewohner werden in einer eigenen Note dargestellt und gehen nicht in die Gesamtnote ein.

**Ihre Ansprechpartnerin**

**MDS**

**Christiane Grote**

Fachgebietsleiterin Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Tel.: 0201 8327-115

Fax: 0201 8327-3115

c.grote@mds-ev.de

» weiterlesen

**Diese Meldung**

» weiterlesen

» als PDF-Datei (0,04 MB)

Der **Evaluationsbericht** (Abschlussbericht zur Evaluation der Transparenz-vereinbarungen)

zum Download

» weiterlesen

» Evaluationsbericht Transparenz-vereinbarungen (1,01 MB)

Seite drucken

**Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI  
über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der  
Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowie  
gleichwertiger Prüfergebnisse in der stationären Pflege  
-Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS)-  
vom 17. Dezember 2008**

GKV-Spitzenverband<sup>1</sup>

Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene

Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe

Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände

---

<sup>1</sup> Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 53 SGB XI



Inhalt:

Vorwort

§ 1 Kriterien der Veröffentlichung in der stationären Pflege

§ 2 Auswahl der in die Prüfungen einbezogenen Bewohner

§ 3 Bewertungssystematik für die Kriterien

§ 4 Ausfüllanleitungen für die Prüfer

§ 5 Darstellung der Prüfergebnisse

§ 6 Inkrafttreten und Kündigung

Anlage 1 Kriterien der Veröffentlichung

Anlage 2 Bewertungssystematik für die Kriterien

Anlage 3 Ausfüllanleitungen für die Prüfer

Anlage 4 Darstellung der Prüfergebnisse

## **Vorwort**

*Durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 28. Mai 2008 wurde § 115 Abs. 1a SGB XI eingeführt. Danach stellen die Landesverbände der Pflegekassen sicher, dass die Leistungen der Pflegeeinrichtungen sowie deren Qualität für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar im Internet sowie in anderer geeigneter Form veröffentlicht werden. Dabei sind die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowie gleichwertige Prüfergebnisse zugrunde zu legen. Der GKV-Spitzenverband, die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände (im Folgenden „die Vertragsparteien“ genannt) vereinbaren unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des GKV-Spitzenverbandes die Kriterien der Veröffentlichung einschließlich der Bewertungssystematik (§ 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI). Dabei wurden die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen, unabhängige Verbraucherorganisationen auf Bundesebene sowie der Verband der privaten Krankenversicherung und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene beteiligt.*

*Die Vertragsparteien haben am 17. Dezember 2008 nach Durchführung des Beteiligungsverfahrens diese Vereinbarung in dem Wissen geschlossen, dass es derzeit keine pflegewissenschaftlich gesicherten Erkenntnisse über valide Indikatoren der Ergebnis- und Lebensqualität der pflegerischen Versorgung in Deutschland gibt.*

*Diese Vereinbarung ist deshalb als vorläufig zu betrachten und dient der vom Gesetzgeber gewollten schnellen Verbesserung der Transparenz für die Verbraucher über die Pflege, soziale Betreuung und Versorgung in Pflegeheimen. Unter den Vertragsparteien besteht Einvernehmen, diese Vereinbarung anzupassen, sobald pflegewissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse über Indikatoren der Ergebnis- und Lebensqualität vorliegen. Dabei wird insbesondere das vom BMG und vom BMFSFJ geplante „Modellprojekt Messung Ergebnisqualität in der stationären Altenpflege“ zu berücksichtigen sein, dessen Ergebnisse Ende 2010 erwartet werden.*

## **§ 1 Kriterien und Qualitätsbereiche**

- (1) Die Kriterien der Veröffentlichung der Leistungen und deren Qualität in stationären Pflegeeinrichtungen sind in der **Anlage 1** aufgelistet. Nach diesen Kriterien erfolgen die Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung nach § 114a SGB XI.
- (2) Die Kriterien teilen sich in folgende fünf Qualitätsbereiche auf:
  1. Pflege und medizinische Versorgung
  2. Umgang mit demenzkranken Bewohnern
  3. Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung
  4. Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene
  5. Befragung der Bewohner<sup>2</sup>

## **§ 2 Auswahl der in die Prüfungen einbezogenen Bewohner**

Die in die Prüfung einbezogenen Bewohner der stationären Pflegeeinrichtung werden entsprechend der Verteilung der Pflegestufen in der Einrichtung und innerhalb der Pflegestufen zufällig ausgewählt. Es werden 10 v. H. der Bewohner, jedoch mindestens fünf und höchstens 15 Bewohner in die Prüfung einbezogen.

## **§ 3 Bewertungssystematik für die Kriterien**

- (1) Für die Bewertung der in der Anlage 1 aufgeführten Kriterien gelten folgende Grundsätze:
  - Alle Kriterien werden sowohl einzeln sowie jeweils zusammengefasst in einem der Qualitätsbereiche bewertet.
  - Aus allen Bewertungen der Kriterien der Qualitätsbereiche 1 bis 4 wird das Gesamtergebnis der Prüfung ermittelt.
  - Dem Gesamtergebnis wird der Vergleichswert im jeweiligen Bundesland gegenübergestellt (Landesvergleichswert). Die Veröffentlichung des Landesvergleichswertes erfolgt erst dann, wenn für mindestens 20 v. H. aller stationären Pflegeeinrichtungen im Bundesland Ergebnisse der MDK-Qualitätsprüfungen vorliegen.
  - Die Prüfergebnisse werden mit Noten (sehr gut bis mangelhaft) benannt.
- (2) Einzelheiten der Bewertungssystematik ergeben sich aus **Anlage 2** dieser Vereinbarung.

---

<sup>2</sup> Da die Verwendung der geschlechtlichen Paarformen die Verständlichkeit und Klarheit der Vereinbarung erheblich einschränken würde, wird auf die Nennung beider Formen verzichtet. Die verwendeten Personenbezeichnungen gelten deshalb jeweils auch in ihrer weiblichen Form.

#### **§ 4** **Ausfüllanleitungen für die Prüfer**

Bei der Bewertung der Kriterien nach den Vorgaben der Bewertungssystematik legen die Prüfer die Ausfüllanleitung der **Anlage 3** dieser Vereinbarung zu Grunde.

#### **§ 5** **Darstellung der Prüfergebnisse**

Die Prüfergebnisse werden bundesweit einheitlich auf zwei Darstellungsebenen veröffentlicht. Auf der 1. Darstellungsebene erscheinen die Prüfergebnisse der Qualitätsbereiche, das Gesamtergebnis sowie mögliche Ergebnisse gleichwertiger Prüfungen. Auf der 2. Darstellungsebene werden die Prüfergebnisse zu den einzelnen Bewertungskriterien dargestellt. Weitere Einzelheiten zu den weiteren Angaben sowie zu deren Anordnung ergeben sich aus der **Anlage 4** dieser Vereinbarung.

#### **§ 6** **Inkrafttreten und Kündigung**

- (1) Diese Vereinbarung tritt zum 1. Januar 2009 in Kraft. Sie kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von 6 Monaten zum Quartalsende gekündigt werden.
- (2) Die gekündigte Vereinbarung gilt bis zum Inkrafttreten einer neuen Vereinbarung weiter.
- (3) Die Vertragsparteien können diese Vereinbarung auch im ungekündigten Zustand einvernehmlich ändern.

Berlin, den

---

GKV-Spitzenverband,  
Berlin

Essen, den

---

Verband Deutscher Alten- und  
Behindertenhilfe e. V., Essen

Hannover, den

---

Arbeitgeber- und Berufsverband  
Privater Pflege e. V., Hannover<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Für den stationären Bereich ist die Eigenschaft des Arbeitgeber- und Berufsverbandes Privater Pflege e. V als eine Vereinigung der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene i.S.v. § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI nicht abschließend geklärt. Der Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e. V wird vorläufig bis zu einer rechtskräftigen Klärung der von einer Vereinigung der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene zu erfüllenden Kriterien in den derzeit vor den Sozialgerichten Köln (Az.: S 23 P 181/08) und Frankfurt (Az.: S 9 P 92/08) anhängigen Hauptsacheverfahren als Vertragspartner behandelt.

Berlin, den

---

Bundesverband privater Anbieter  
Sozialer Dienste e. V., Berlin



Berlin, den

---

Bundesarbeitsgemeinschaft  
Hauskrankenpflege e. V., Berlin

Freiburg, den

---

Deutscher Caritasverband e. V.,  
Freiburg

Berlin, den

---

DRK-Generalsekretariat,  
Berlin

Frankfurt, den

---

Zentralwohlfahrtsstelle der Juden  
in Deutschland e. V., Frankfurt am Main

Hannover, den

---

Arbeitsgemeinschaft Privater Heime  
und Ambulanter Dienste Bundesverband e. V.,  
Hannover

Essen, den

---

Bundesverband Ambulanter Dienste  
und Stationärer Einrichtungen e. V.,  
Essen

Berlin, den

---

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V.,  
Berlin

Berlin, den

---

Deutscher Paritätischer Wohlfahrts-  
verband Gesamtverband e. V., Berlin



Berlin, den

---

Diakonisches Werk der EKD e. V.,  
Berlin

Köln, den

---

BKSB – Bundesverband der  
kommunalen Senioren- und  
Behinderteneinrichtungen e. V.,  
Köln<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Die Eigenschaft des BKSB – Bundesverband der kommunalen Senioren- und Behinderteneinrichtungen e. V. als eine Vereinigung der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene i. S. v. § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI ist nicht abschließend geklärt. Der BKSB wird aufgrund einer einstweiligen Anordnung des Sozialgerichts Köln vom 22.09.2008 (Az.: S 23 P 158/08 ER) vorläufig bis zu einer rechtskräftigen Entscheidung in dem derzeit vor dem Sozialgericht Köln unter dem Az.: S 23 P 181/08 anhängigen Hauptsacheverfahren als Vertragspartner behandelt.

Berlin, den

---

DBfK-Bundesverband,<sup>5</sup>  
Berlin

---

<sup>5</sup> Die Eigenschaft des DBfK– Bundesverbandes als Vereinigung der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene i. S. v. § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI ist nicht abschließend geklärt. Der DBfK wird vorläufig bis zu einer rechtskräftigen Entscheidung in dem derzeit vor dem Sozialgericht Frankfurt unter dem Az.: S 9 P 92/08 anhängigen Hauptsacheverfahren als Vertragspartner behandelt.

Berlin, den

---

Bundesarbeitsgemeinschaft der  
Freien Wohlfahrtspflege, Berlin

Bundesvereinigung der kommunalen  
Spitzenverbände

---

Deutscher Landkreistag, Berlin

---

Deutscher Städtetag, Köln

---

Deutscher Städte- und Gemeindebund; Berlin

Münster, den

---

Bundesarbeitsgemeinschaft der  
überörtlichen Träger der Sozialhilfe, Münster

**Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI  
über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der  
Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowie  
gleichwertiger Prüfergebnisse in der stationären Pflege  
-Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS)-  
vom 17. Dezember 2008**

**Anlage 1  
Kriterien der Veröffentlichung**

## Bewertungskriterien für die Pflegequalität der stationären Pflegeeinrichtungen

### Übersicht

Qualitätsbereiche	Anzahl der Kriterien
1. Pflege und medizinische Versorgung	35
2. Umgang mit demenzkranken Bewohnern <sup>12</sup>	10
3. Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung	10
4. Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene	9
5. Befragung der Bewohner	18
<b>zusammen</b>	<b>82</b>

Die Quellenhinweise der Kriterien auf den folgenden Seiten sind für die Veröffentlichung verzichtbar.

---

<sup>1</sup> Der Qualitätsbereich 2 hat zur besseren Lesbarkeit und Verständlichkeit die Bezeichnung „Umgang mit demenzkranken Bewohnern“. Die Kriterien zielen aber auf den Umgang mit allen Bewohnern ab, die eine eingeschränkte Alltagskompetenz i. S. des § 45 a SGB XI haben.

<sup>2</sup> Da die Verwendung der geschlechtlichen Paarformen die Verständlichkeit und Klarheit der Vereinbarung erheblich einschränken würde, wird auf die Nennung beider Formen verzichtet. Die verwendeten Personenbezeichnungen gelten deshalb jeweils auch in ihrer weiblichen Form.



	<b>Qualitätsbereich 1: Pflege und medizinische Versorgung (35 Kriterien)</b>
<b>1</b>	Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?
<b>2</b>	Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?
<b>3</b>	Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen?
<b>4</b>	Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?
<b>5</b>	Sind Kompressionsstrümpfe / -verbände sachgerecht angelegt?
<b>6</b>	Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?
<b>7</b>	Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?
<b>8</b>	Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde / des Dekubitus nachvollziehbar?
<b>9</b>	Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe)?
<b>10</b>	Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?
<b>11</b>	Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst?
<b>12</b>	Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die verordneten Medikamente?
<b>13</b>	Werden individuelle Ernährungsressourcen und Risiken erfasst?

<b>14</b>	Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Nahrungsversorgung durchgeführt?
<b>15</b>	Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung?
<b>16</b>	Werden individuelle Ressourcen und Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?
<b>17</b>	Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?
<b>18</b>	Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung?
<b>19</b>	Wird bei Bewohnern mit Ernährungssonden der Geschmackssinn angeregt?
<b>20</b>	Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung?
<b>21</b>	Kooperiert das Pflegeheim bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt?
<b>22</b>	Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die individuellen Ressourcen und Risiken erfasst?
<b>23</b>	Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?
<b>24</b>	Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?
<b>25</b>	Werden Sturzereignisse dokumentiert?
<b>26</b>	Werden erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?

<b>27</b>	Wird das individuelle Kontrakturrisiko erfasst?
<b>28</b>	Werden die erforderlichen Kontrakturprophylaxen durchgeführt?
<b>29</b>	Liegen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor?
<b>30</b>	Wird die Notwendigkeit der freiheitseinschränkenden Maßnahmen regelmäßig überprüft?
<b>31</b>	Wird die erforderliche Körperpflege den Bedürfnissen und Gewohnheiten des Bewohners entsprechend durchgeführt?
<b>32</b>	Wird die erforderliche Mund- und Zahnpflege den Bedürfnissen und Gewohnheiten des Bewohners entsprechend durchgeführt?
<b>33</b>	Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt?
<b>34</b>	Werden die Mitarbeiter/innen regelmäßig in Erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult?
<b>35</b>	Existieren schriftliche Verfahrensanweisungen zu Erster Hilfe und Verhalten in Notfällen?

<b>Qualitätsbereich 2: Umgang mit demenzkranken Bewohnern (10 Kriterien)<sup>3</sup></b>	
<b>36</b>	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biographie des Heimbewohners beachtet und bei der Tagesgestaltung berücksichtigt?
<b>37</b>	Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege einbezogen?
<b>38</b>	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung in der Pflegeplanung berücksichtigt?
<b>39</b>	Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag ermittelt und dokumentiert und werden daraus Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?
<b>40</b>	Sind zielgruppengerechte Bewegungs- und Aufenthaltsflächen vorhanden (auch nachts)?
<b>41</b>	Sind gesicherte Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien vorhanden?
<b>42</b>	Gibt es identifikationserleichternde Milieugestaltung in Zimmern und Aufenthaltsräumen?
<b>43</b>	Wird mit individuellen Orientierungshilfen, z. B. Fotos, gearbeitet?
<b>44</b>	Werden dem Bewohner geeignete Angebote gemacht, z. B. zur Bewegung, Kommunikation oder zur Wahrnehmung?
<b>45</b>	Gibt es ein bedarfsgerechtes Speisenangebot für Bewohner mit Demenz?

<sup>3</sup>Der Qualitätsbereich 2 hat zur besseren Lesbarkeit und Verständlichkeit die Bezeichnung „Umgang mit demenzkranken Bewohnern“. Die Kriterien zielen aber auf den Umgang mit allen Bewohnern ab, die eine eingeschränkte Alltagskompetenz i. S. des § 45 a SGB XI haben.

	<b>Qualitätsbereich 3: Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung (10 Kriterien)</b>
<b>46</b>	Werden im Rahmen der sozialen Betreuung Gruppenangebote gemacht?
<b>47</b>	Werden im Rahmen der sozialen Betreuung Einzelangebote gemacht?
<b>48</b>	Veranstaltet das Pflegeheim jahreszeitliche Feste?
<b>49</b>	Gibt es Aktivitäten zur Kontaktaufnahme / Kontaktpflege mit dem örtlichen Gemeinwesen?
<b>50</b>	Gibt es Maßnahmen zur Kontaktpflege zu den Angehörigen?
<b>51</b>	Sind die Angebote der sozialen Betreuung auf die Struktur und Bedürfnisse der Bewohner ausgerichtet?
<b>52</b>	Gibt es Hilfestellungen zur Eingewöhnung in die Pflegeeinrichtung (z. B. Bezugspersonen, Unterstützung bei der Orientierung, Integrationsgespräch nach 6 Wochen)?
<b>53</b>	Wird die Eingewöhnungsphase systematisch ausgewertet?
<b>54</b>	Gibt es ein Angebot zur Sterbebegleitung auf der Basis eines Konzeptes?
<b>55</b>	Verfügt die Pflegeeinrichtung über ein Beschwerdemanagement?

	<b>Qualitätsbereich 4: Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene (9 Kriterien)</b>
<b>56</b>	Ist die Gestaltung der Bewohnerzimmer z. B. mit eigenen Möbeln, persönlichen Gegenständen und Erinnerungsstücken sowie die Entscheidung über ihre Platzierung möglich?
<b>57</b>	Wirken die Bewohner an der Gestaltung der Gemeinschaftsräume mit?
<b>58</b>	Ist der Gesamteindruck der Einrichtung im Hinblick auf Sauberkeit und Hygiene gut? (z. B. optische Sauberkeit, Ordnung, Geruch)
<b>59</b>	Kann der Zeitpunkt des Essens im Rahmen bestimmter Zeitkorridore frei gewählt werden?
<b>60</b>	Wird Diätkost, z. B. für Menschen mit Diabetes, angeboten?
<b>61</b>	Ist die Darbietung von Speisen und Getränken an den individuellen Fähigkeiten der Bewohner orientiert (z. B. wird die Nahrung nur bei tatsächlicher Notwendigkeit klein geschnitten oder als passierte Kost serviert)?
<b>62</b>	Wird der Speiseplan in gut lesbarer Form bekannt gegeben?
<b>63</b>	Orientieren die Portionsgrößen sich an den individuellen Wünschen der Bewohner?
<b>64</b>	Werden Speisen und Getränke in für die Bewohner angenehmen Räumlichkeiten und entspannter Atmosphäre angeboten?

	<b>Qualitätsbereich 5: Befragung der Bewohner (18 Kriterien)</b>
<b>65</b>	Wird mit Ihnen der Zeitpunkt von Pflege- und Betreuungsmaßnahmen abgestimmt?
<b>66</b>	Entscheiden Sie, ob Ihre Zimmertür offen oder geschlossen gehalten wird?
<b>67</b>	Werden Sie von den Mitarbeitern motiviert, sich teilweise oder ganz selber zu waschen?
<b>68</b>	Sorgen die Mitarbeiter dafür, dass Ihnen z. B. beim Waschen außer der Pflegekraft niemand zusehen kann?
<b>69</b>	Hat sich für Sie etwas zum Positiven geändert, wenn Sie sich beschwert haben?
<b>70</b>	Entspricht die Hausreinigung Ihren Erwartungen?
<b>71</b>	Können Sie beim Mittagessen zwischen verschiedenen Gerichten auswählen?
<b>72</b>	Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich?
<b>73</b>	Nehmen sich die Pflegenden ausreichend Zeit für Sie?
<b>74</b>	Fragen die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung Sie, welche Kleidung Sie anziehen möchten?
<b>75</b>	Schmeckt Ihnen das Essen i. d. R.?
<b>76</b>	Sind Sie mit den Essenszeiten zufrieden?

<b>77</b>	Bekommen Sie Ihrer Meinung nach jederzeit ausreichend zuzahlungsfrei zu trinken angeboten?
<b>78</b>	Entsprechen die sozialen und kulturellen Angebote Ihren Interessen?
<b>79</b>	Wird Ihnen die Teilnahme an Beschäftigungsangeboten ermöglicht?
<b>80</b>	Werden Ihnen Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien angeboten?
<b>81</b>	Können Sie jederzeit Besuch empfangen?
<b>82</b>	Erhalten Sie die zum Waschen abgegebene Wäsche zeitnah, vollständig und in einwandfreiem Zustand aus der Wäscherei zurück?



**Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI  
über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der  
Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowie  
gleichwertiger Prüfergebnisse in der stationären Pflege  
-Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS)-  
vom 17. Dezember 2008**

**Anlage 2  
Bewertungssystematik**

## 1. Bewertungskriterien

Die 82 Bewertungskriterien für die Veröffentlichung nach § 115 Abs. 1a SGB XI sind in **Anlage 1** aufgeführt. Sie werden folgenden Qualitätsbereichen zugeordnet.

<b>Qualitätsbereiche</b>	<b>Laufende Nummern (Anzahl der Kriterien)</b>
1. Pflege und medizinische Versorgung	1 bis 35 (35)
2. Umgang mit demenzkranken Bewohnern <sup>12</sup>	36 bis 45 (10)
3. Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung	46 bis 55 (10)
4. Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene	56 bis 64 (9)
5. Befragung der Bewohner	65 bis 82 (18)
zusammen	1 bis 82 (82)

---

<sup>1</sup> Da die Verwendung der geschlechtlichen Paarformen die Verständlichkeit und Klarheit der Vereinbarung erheblich einschränken würde, wird auf die Nennung beider Formen verzichtet. Die verwendeten Personenbezeichnungen gelten deshalb jeweils auch in ihrer weiblichen Form.

<sup>2</sup> Der Qualitätsbereich 2 hat zur besseren Lesbarkeit und Verständlichkeit die Bezeichnung „Umgang mit demenzkranken Bewohnern“. Die Kriterien zielen aber auf den Umgang mit allen Bewohnern ab, die eine eingeschränkte Alltagskompetenz i. S. des § 45 a SGB XI haben.

## 2. Bewertungssystematik

### 2.1 Einzelbewertung der Kriterien

Jedes einzelne Kriterium erhält eine Einzelbewertung anhand einer Skala von 0 bis 10, wobei 0 die schlechteste und 10 die beste Bewertung ist. Die Skalenwerte werden nach folgender Tabelle in Noten mit einer Stelle nach dem Komma umgerechnet:

#### Notenzuordnung

Bezeichnung der Note	Skalenwert
Sehr gut (1,0 - 1,4)	8,7 - 10
Gut (1,5 - 2,4)	7,3 - < 8,7
Befriedigend (2,5 - 3,4)	5,9 - < 7,3
Ausreichend (3,5 - 4,4)	4,5 - < 5,9
Mangelhaft (4,5 - 5,0)	0 - < 4,5

Die genaue Zuordnung der Skalenwerte zu den Noten mit den jeweiligen Ausprägungen mit einer Stelle nach dem Komma ergibt sich aus dem Tabellenanhang.

#### Bewohnerbezogene Kriterien

Folgende Kriterien werden für jeden einzelnen in die Stichprobe einbezogenen Bewohner bewertet:

1 bis 33, 36 bis 39, 44

Ist das Kriterium für den Bewohner erfüllt, wird der Skalenwert 10 vergeben, ist es nicht erfüllt, wird es mit dem Skalenwert 0 bewertet. Für alle zur Beurteilung des Kriteriums herangezogenen Heimbewohner wird der Mittelwert errechnet.

Beispiel: Das Kriterium ist bei 8 von 10 einbezogenen Bewohnern erfüllt. Es wird der Skalenwert 8 vergeben.

Trifft ein Kriterium für einen Bewohner nicht zu, so ist dieses nicht in die Bewertung und Mittelwertberechnung einzubeziehen.

## Einrichtungsbezogene Kriterien

Folgende Kriterien lassen ebenfalls nur eine dichotome (erfüllt / nicht erfüllt) Bewertung zu, sind aber nur auf das gesamte Pflegeheim bezogen und daher nur einmal zu bewerten. In diesen Fällen können nur die Skalenwert 10 oder 0 vergeben werden und eine Mittelwertberechnung entfällt:

34 bis 35, 40 bis 43, 45 bis 64

## Befragung der Bewohner

Die Kriterien der Bewohnerbefragung (Ziffern 65 bis 82) sollen mit folgenden vier Bewertungsgraduierungen und Skalenwerten bewertet werden:

Bewertungsgraduierung	Skalenwert
Immer	10
Häufig	7,5
Gelegentlich	5
Nie	0

Für die Bewertungen zu jedem einzelnen Kriterium ist der Mittelwert für die Bewohner zu ermitteln, die die jeweilige Frage beantwortet haben.

## 2.2 Bewertung der Qualitätsbereiche

Für jeden der fünf Qualitätsbereiche wird als Bereichsbewertung das arithmetische Mittel der Bewertungen der einzelnen Kriterien ausgewiesen.

## 2.3 Gesamtbewertung

Für die Qualitätsbereiche 1 bis 4 wird als Gesamtbewertung das arithmetische Mittel der Bewertungen der Kriterien 1 bis 64 ausgewiesen. Sofern Kriterien nicht zutreffen und daher nicht bewertet werden, gehen sie in die Berechnung der Gesamtbewertung nicht mit ein.

## 3. Darstellung der Ergebnisse

Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen werden auf zwei Ebenen dargestellt. Die 1. Ebene der Darstellung erfolgt nach der **Anlage 4**. Eine Veröffentlichung der Landesvergleichswerte erfolgt erst, wenn mindestens 20% der Pflegeheime in einem Land geprüft sind.

Auf der 2. Darstellungsebene werden die Einzelergebnisse der Kriterien wie in der **Anlage 4** aufgeführt dargestellt.

## Tabellenanhang

Bezeichnung der Note	Note	Skalenwert
<b>Sehr gut</b>	1,0	9,74 - 10
	1,1	9,48 - 9,73
	1,2	9,22 - 9,47
	1,3	8,96 - 9,21
	1,4	8,70 - 8,95
<b>Gut</b>	1,5	8,56 - 8,69
	1,6	8,42 - 8,55
	1,7	8,28 - 8,41
	1,8	8,14 - 8,27
	1,9	8,00 - 8,13
	2,0	7,86 - 7,99
	2,1	7,72 - 7,85
	2,2	7,58 - 7,71
	2,3	7,44 - 7,57
	2,4	7,30 - 7,43
<b>Befriedigend</b>	2,5	7,16 - 7,29
	2,6	7,02 - 7,15
	2,7	6,88 - 7,01
	2,8	6,74 - 6,87
	2,9	6,60 - 6,73
	3,0	6,46 - 6,59
	3,1	6,32 - 6,45
	3,2	6,18 - 6,31
	3,3	6,04 - 6,17
	3,4	5,90 - 6,03
<b>Ausreichend</b>	3,5	5,76 - 5,89
	3,6	5,62 - 5,75
	3,7	5,48 - 5,61
	3,8	5,34 - 5,47
	3,9	5,20 - 5,33
	4,0	5,06 - 5,19
	4,1	4,92 - 5,05
	4,2	4,78 - 4,91
	4,3	4,64 - 4,77
	4,4	4,50 - 4,63
<b>Mangelhaft</b>	4,5	4,36 - 4,49
	4,6	4,22 - 4,35
	4,7	4,08 - 4,21
	4,8	3,94 - 4,07
	4,9	3,80 - 3,93
	5,0	< 0 - 3,79

**Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI  
über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der  
Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowie  
gleichwertiger Prüfergebnisse in der stationären Pflege  
-Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS)-  
vom 17. Dezember 2008**

**Anlage 3  
Ausfüllanleitungen für die Prüfer**

## **Vorwort**

Die vorliegende Ausfüllanleitung soll beschreiben, wann ein Kriterium durch den Prüfer als erfüllt oder nicht erfüllt zu bewerten ist. Sie zielt darauf ab, die systematische und regelhafte Erfüllung der Kriterien zu prüfen. Deshalb muss bei der Bewertung auf der Ebene des Kriteriums das Hauptaugenmerk auf die Regelmäßigkeit und Systematik gelegt werden. Offensichtliche Ausnahmefehler in der Dokumentation sollen nicht zu einer negativen Gesamtbeurteilung der Pflegeeinrichtung führen.

Derzeit gibt es keine pflegewissenschaftlich gesicherten Erkenntnisse über valide Indikatoren der Ergebnis- und Lebensqualität der pflegerischen Versorgung in Deutschland. Die hier in der Ausfüllhilfe gewählten Beschreibungen sind deshalb als vorläufig zu betrachten und dienen der vom Gesetzgeber gewollten schnellen Verbesserung der Transparenz. Diese Ausfüllanleitung wird zusammen mit der Pflege-Transparenzvereinbarung überarbeitet, sobald pflegewissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse über Indikatoren der Ergebnis- und Lebensqualität vorliegen.



# Bewertungskriterien für die Pflegequalität der stationären Pflegeeinrichtungen

## Übersicht

Qualitätsbereiche	Anzahl der Kriterien
1. Pflege und medizinische Versorgung	35
2. Umgang mit demenzkranken Bewohnern <sup>1 2</sup>	10
3. Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung	10
4. Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene	9
5. Befragung der Bewohner	18
<b>zusammen</b>	<b>82</b>

Die Quellenhinweise der Kriterien auf den folgenden Seiten sind für die Veröffentlichung verzichtbar.

Erläuterungen:

bb = bewohnerbezogen

eb = einrichtungsbezogen

---

<sup>1</sup> Da die Verwendung der geschlechtlichen Paarformen die Verständlichkeit und Klarheit der Vereinbarung erheblich einschränken würde, wird auf die Nennung beider Formen verzichtet. Die verwendeten Personenbezeichnungen gelten deshalb jeweils auch in ihrer weiblichen Form.

<sup>2</sup> Der Qualitätsbereich 2 hat zur besseren Lesbarkeit und Verständlichkeit die Bezeichnung „Umgang mit demenzkranken Bewohnern“. Die Kriterien zielen aber auf den Umgang mit allen Bewohnern ab, die eine eingeschränkte Alltagskompetenz i. S. des § 45 a SGB XI haben.

	<b>Qualitätsbereich 1: Pflege und medizinische Versorgung (35 Kriterien)</b>
<b>1 bb</b>	<p>Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?</p> <p><i>Diese Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn: aus Telefonnotizen und sonstigen Einträgen in der Pflegedokumentation erkennbar ist, dass im Falle von Akuterkrankungen, Unfällen bzw. Veränderungen des Gesundheitszustandes bei chronischen Erkrankungen Kontakt zum behandelnden Arzt aufgenommen worden ist und ggf. die ärztlich empfohlenen Maßnahmen eingeleitet wurden (z. B. Anpassung therapeutischer Maßnahmen, Besuch der Arztpraxis oder Bestellung des Notarztes oder Veranlassung einer Notaufnahme in ein Krankenhaus durch einen Kranken- oder Rettungstransportwagen).</i></p>
<b>2 bb</b>	<p>Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?</p> <p><i>Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn das Pflegeheim die ärztlichen Anordnungen beachtet und deren Durchführung fachgerecht und eindeutig dokumentiert. Eindeutig dokumentiert ist eine behandlungspflegerische Maßnahme, wenn definiert ist, welche Maßnahme wann, wie, wie oft und womit durchgeführt werden soll.</i></p> <p><i>Ist ein Eintrag in der Pflegedokumentation durch den Arzt nicht möglich, (z. B. im Notfall, sollte eine mündliche Anordnung des Arztes (auch per Telefon) durch eine Pflegefachkraft entgegen genommen und nach dem VUG-Prinzip (<b>V</b>orlesen und <b>G</b>enehmigen lassen) dokumentiert werden.</i></p>
<b>3 bb</b>	<p>Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen?</p> <p><i>Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn das Pflegeheim die ärztlich verordneten Medikamente und deren Einnahme fachgerecht und vollständig dokumentiert hat. Eine fachgerechte und vollständige Dokumentation enthält folgende Angaben:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>a) die Applikationsform</i></li> <li><i>b) den vollständigen Medikamentennamen</i></li> <li><i>c) die Dosierung und Häufigkeit</i></li> <li><i>d) die tageszeitliche Zuordnung der Medikamentengabe</i></li> <li><i>e) Angaben zur Bedarfsmedikation</i></li> </ul> <p><i>Sofern eine Bedarfsmedikation angeordnet ist, muss in der Pflegedokumentation festgehalten sein, bei welchen Symptomen, welches Medikament in welcher Einzel- und bis zu welcher Tageshöchstdosierung zu verabreichen ist.</i></p>

<p><b>4</b> <b>bb</b></p>	<p>Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?</p> <p><i>Der Umgang mit Medikamenten ist sach- und fachgerecht, wenn:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) <i>die gerichteten Medikamente mit den Angaben in der Pflegedokumentation übereinstimmen,</i></li> <li>b) <i>diese bewohnerbezogen beschriftet aufbewahrt werden,</i></li> <li>c) <i>ggf. eine notwendige Kühltanklagerung (2 – 8°) erfolgt,</i></li> <li>d) <i>diese als Betäubungsmittel verschlossen und gesondert aufbewahrt werden,</i></li> <li>e) <i>bei einer begrenzten Gebrauchsdauer nach dem Öffnen der Verpackung das Anbruch- und Verfallsdatums ausgewiesen wird,</i></li> <li>f) <i>Medikamente in Blisterpackungen mit eindeutigen Bewohnerangaben (insbesondere Name, Vorname, Geburtsdatum) sowie mit Angaben zu den Medikamenten (Name, Farbe, Form, Stärke) ausgezeichnet werden.</i></li> <li>g) <i>bei Verblisterung die Medikamente direkt aus der Blisterpackung gereicht werden,</i></li> <li>h) <i>bei Verblisterung eine kurzfristige Umsetzung der Medikamentenumstellung gewährleistet wird.</i></li> </ul> <p>Die Kriterien f – h sind nur bei Verblisterung relevant.</p>
<p><b>5</b> <b>bb</b></p>	<p>Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?</p> <p><i>Kompressionsstrümpfe werden sachgerecht angelegt, wenn:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) <i>das Anlegen im Liegen bei entstauten Venen und abgeschwollenen Beinen erfolgt,</i></li> <li>b) <i>der Kompressionsverband immer in Richtung des Körperrumpfes gewickelt wird,</i></li> <li>c) <i>der Verband beim Anlegen faltenfrei ist.</i></li> </ul>
<p><b>6</b> <b>bb</b></p>	<p>Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?</p> <p><i>Die Einschätzung des Dekubitusrisikos sollte bei allen Bewohnern erfolgen, bei denen eine Gefährdung nicht ausgeschlossen werden kann, und zwar unmittelbar zum Beginn der Pflege und danach in individuell festgelegten Abständen sowie unverzüglich bei Veränderungen der Mobilität, der Aktivität und des Druckes. Ein bestehendes Dekubitusrisiko ist ggf. mit Hilfe einer Skala (z. B. Braden-Skala, Medley-Skala) zur Ermittlung des Dekubitusrisikos zu erkennen und einzuschätzen. Die Einschätzung des Dekubitusrisikos muss aktuell sein.</i></p>

<p><b>7 bb</b></p>	<p>Werden erforderliche (Dekubitus-) Prophylaxen durchgeführt?</p> <p><i>Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn bei dekubitusgefährdeten Bewohnern individuell angemessene Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe wie z. B.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>haut- und gewebeschonende Lagerung und Transfertechniken,</i></li> <li>- <i>Maßnahmen zur Bewegungsförderung,</i></li> <li>- <i>ausreichende Flüssigkeits- und Eiweißzufuhr,</i></li> <li>- <i>fachgerechte Hautpflege / regelmäßige Hautinspektion,</i></li> <li>- <i>ggf. Beratung der Bewohner bzw. ihrer Angehörigen hinsichtlich der Risiken und Maßnahmen</i></li> </ul> <p><i>in der Pflegeplanung berücksichtigt sind und die Durchführung erkennbar ist.</i></p>
<p><b>8 bb</b></p>	<p>Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus nachvollziehbar?</p> <p><i>Aus der Pflegedokumentation muss klar erkennbar sein, wann der Dekubitus oder die chronische Wunde entstanden ist und an welchem Ort sich der Bewohner zum Entstehungszeitpunkt aufgehalten hat.</i></p>
<p><b>9 bb</b></p>	<p>Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe)?</p> <p><i>Die Frage ist selbsterklärend, weitere Erläuterungen sind nicht erforderlich.</i></p>
<p><b>10 bb</b></p>	<p>Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?</p> <p><i>Die Behandlung des Dekubitus / der chronischen Wunde entspricht dem aktuellen Stand des Wissens, wenn</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>sie entsprechend den ärztlichen Anordnungen erfolgt,</i></li> <li>- <i>soweit erforderlich die Prinzipien der lokalen Druckentlastung, therapeutischen Lagerung bzw. der Kompression umgesetzt werden,</i></li> <li>- <i>die Versorgung der Wunde nach physiologischen und hygienischen Maßstäben erfolgt.</i></li> </ul> <p><i>Das Kriterium kann auch mit ja beantwortet werden, wenn das Pflegeheim den Arzt nachweislich darüber informiert hat, dass die Behandlung nicht dem aktuellen Stand des Wissens entspricht und der Arzt seine Anordnung nicht angepasst hat.</i></p>

<p><b>11 bb</b></p>	<p>Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst?</p> <p><i>Das Kriterium ist erfüllt, wenn der Heilungsprozess kontinuierlich evaluiert, die Ergebnisse beurteilt und Therapiemaßnahmen nach ärztlicher Anordnung ggf. angepasst werden.</i></p>
<p><b>12 bb</b></p>	<p>Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die verordneten Medikamente?</p> <p><i>Die Beurteilung dieses Kriteriums erfolgt anhand der Pflegedokumentation. Es gelten hier die Erläuterungen zum Kriterium 3 entsprechend.</i></p>
<p><b>13 bb</b></p>	<p>Werden individuelle Ernährungsressourcen und Risiken erfasst?</p> <p><i>Für alle Bewohner des Pflegeheims soll geprüft werden, ob ein Ernährungsrisiko besteht. Ist dies der Fall, ist das individuelle Ernährungsrisiko zu ermitteln und zu beschreiben.</i></p>
<p><b>14 bb</b></p>	<p>Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Nahrungsversorgung durchgeführt?</p> <p><i>Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn bei Bewohnern mit Einschränkungen der selbstständigen Nahrungsaufnahme auf der Grundlage der Erfassung der individuellen Ernährungsressourcen und Risiken erforderliche Maßnahmen mit dem Bewohner abgestimmt und in der Pflegeplanung nachvollziehbar dokumentiert sind.</i></p>
<p><b>15 bb</b></p>	<p>Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung?</p> <p><i>Der Ernährungszustand des Bewohners ist in folgenden Fällen als angemessen zu beurteilen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) <i>Der Bewohner hat keine Einschränkungen und Risiken bei der selbstständigen Nahrungsaufnahme.</i></li> <li>b) <i>Es bestehen Risiken und / oder Einschränkungen bei der selbstständigen Nahrungsaufnahme und das Pflegeheim führt alle aus der Risikofeststellung abgeleiteten Maßnahmen durch, aber der Bewohner ist trotzdem unter- oder überernährt bzw. fehlernährt.</i></li> </ul>

<b>16 bb</b>	<p>Werden individuelle Ressourcen und Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?</p> <p><i>Für alle Bewohner des Pflegeheims soll geprüft werden, ob ein Risiko bei der Flüssigkeitsversorgung besteht. Ist dies der Fall, ist das individuelle Risiko zu ermitteln und zu beschreiben.</i></p>
<b>17 bb</b>	<p>Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?</p> <p><i>Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn bei Bewohnern mit Einschränkungen der selbstständigen Flüssigkeitsaufnahme auf der Grundlage der Erfassung der individuellen Ressourcen und Risiken erforderliche Maßnahmen mit dem Bewohner abgestimmt und in der Pflegeplanung nachvollziehbar dokumentiert sind.</i></p>
<b>18 bb</b>	<p>Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung?</p> <p><i>Der Flüssigkeitsversorgung des Bewohners ist in folgenden Fällen als angemessen zu beurteilen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>a) Der Bewohner hat keine Einschränkungen und Risiken bei der selbstständigen Flüssigkeitszufuhr.</i></li> <li><i>b) Es bestehen Risiken und / oder Einschränkungen bei der selbstständigen Flüssigkeitsaufnahme und das Pflegeheim führt alle aus der Risikofeststellung abgeleiteten Maßnahmen durch, aber der Bewohner ist trotzdem nicht ausreichend mit Flüssigkeit versorgt.</i></li> </ul>
<b>19 bb</b>	<p>Wird bei Bewohnern mit Ernährungssonden der Geschmackssinn angeregt?</p> <p><i>Das Kriterium ist erfüllt, wenn bei Bewohnern mit Ernährungssonden zu den üblichen Essenszeiten der Geschmackssinn angeregt wird.</i></p>

<p><b>20</b> <b>bb</b></p>	<p>Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung?</p> <p><i>Die systematische Schmerzeinschätzung erfolgt in einer Befragung der Bewohner zu folgenden Inhalten:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Schmerzlokalisierung,</li> <li>- Schmerzintensität,</li> <li>- Zeitliche Dimension (z. B. erstes Auftreten, Verlauf, Rhythmus)</li> <li>- Verstärkende und lindernde Faktoren,</li> <li>- ggf. Auswirkungen auf das Alltagsleben.</li> </ul> <p><i>Bei Bewohnern mit eingeschränkten Kommunikationsfähigkeiten erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung mittels Beobachtung.</i></p>
<p><b>21</b> <b>bb</b></p>	<p>Kooperiert das Pflegeheim bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt?</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn erkennbar ist bzw. vom Pflegeheim dargelegt wird, dass aufgrund der Ergebnisse der Krankenbeobachtung von Schmerzpatienten der behandelnde Arzt im Bedarfsfall unverzüglich informiert wird, insbesondere dann, wenn durch die eingenommenen Medikamente keine ausreichende Minderung der Schmerzen erreicht wird.</i></p>
<p><b>22</b> <b>bb</b></p>	<p>Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die individuellen Ressourcen und Risiken erfasst?</p> <p><i>Bei der Informationssammlung bzw. der Pflegeanamnese sind die individuellen Ressourcen / Fähigkeiten und die Probleme der Bewohner mit Inkontinenz oder Blasenkathetern zu ermitteln und zu beschreiben.</i></p>

<p><b>23 bb</b></p>	<p>Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?</p> <p><i>Bei Bewohnern mit Inkontinenz sind durchzuführende geeignete Maßnahmen insbesondere</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>der Einsatz geeigneter Inkontinenzprodukte, sofern dies im Ermessen der Einrichtung steht,</i></li> <li>- <i>ein Kontinenztraining / Toilettentraining bzw. die individuelle Planung und Durchführung von Toilettengängen,</i></li> <li>- <i>und ggf. nach ärztlicher Anordnung die Versorgung mit einem Blasenka- theter nach hygienischen Grundsätzen.</i></li> </ul> <p><i>Das Kriterium kann auch mit ja beantwortet werden, wenn das Pflegeheim den Arzt nachweislich darüber informiert hat, dass die Behandlung nicht dem aktuellen Stand des Wissens entspricht und der Arzt seine Anordnung nicht angepasst hat.</i></p>
<p><b>24 bb</b></p>	<p>Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?</p> <p><i>Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn für alle Bewohner des Pflegeheims geprüft worden ist, ob ein erhöhtes Sturzrisiko besteht. Ist dies der Fall, ist das individuelle Sturzrisiko zu beschreiben.</i></p>
<p><b>25 bb</b></p>	<p>Werden Sturzereignisse dokumentiert?</p> <p><i>Die Frage ist selbsterklärend. Erläuterungen sind daher nicht erforderlich.</i></p>
<p><b>26 bb</b></p>	<p>Werden erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?</p> <p><i>Auf der Basis des individuell einzuschätzenden Sturzrisikos sind entsprechende Maßnahmen durchzuführen. Hier kommen insbesondere folgende Maßnahmen zur Sturzprophylaxe in Betracht:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Übungen zur Steigerung der Kraft und Balance,</i></li> <li>- <i>Anregung zur Überprüfung und Anpassung der Medikation durch den Arzt</i></li> <li>- <i>Verbesserung der Sehfähigkeit,</i></li> <li>- <i>Anpassung der Umgebung (z. B. Beseitigung von Stolperfallen und Verbesserung der Beleuchtung, Einsatz geeigneter Hilfsmittel).</i></li> </ul>



<p><b>27</b> <b>bb</b></p>	<p>Wird das individuelle Kontrakturrisiko erfasst?</p> <p><i>Das individuelle Kontrakturrisiko sollte zum Beginn der Pflege sowie regelmäßig im Rahmen der Evaluation der Pflegeplanung ermittelt und beschrieben werden.</i></p>
<p><b>28</b> <b>bb</b></p>	<p>Werden die erforderlichen Kontrakturprophylaxen durchgeführt?</p> <p><i>Als Maßnahmen der Kontrakturprophylaxe kommen insbesondere die physiologische Lagerung, die Mobilisierung und Bewegungsübungen in Betracht. Gelenke sollen mindestens drei Mal täglich in jeweils drei Wiederholungen bewegt werden, um Kontrakturen zu vermeiden.</i></p>
<p><b>29</b> <b>bb</b></p>	<p>Liegen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor?</p> <p><i>Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen Einwilligungen der Bewohner oder richterliche Genehmigungen in der Pflegedokumentation schriftlich hinterlegt sind.</i></p> <p><i>Sofern die freiheitseinschränkende Maßnahme wegen akuter Selbst- oder Fremdgefährdung (rechtfertigender Notstand) erfolgt, ist das Kriterium ebenfalls erfüllt.</i></p>
<p><b>30</b> <b>bb</b></p>	<p>Wird die Notwendigkeit der freiheitseinschränkenden Maßnahmen regelmäßig überprüft?</p> <p><i>Die Notwendigkeit freiheitseinschränkender Maßnahmen ist regelmäßig zu überprüfen (auch im Hinblick auf Alternativen) und zu dokumentieren. Das Überprüfungsintervall ist abhängig vom Krankheitsbild und vom Pflegezustand des Bewohners.</i></p>
<p><b>31</b> <b>bb</b></p>	<p>Wird die erforderliche Körperpflege den Bedürfnissen und Gewohnheiten des Bewohners entsprechend durchgeführt?</p> <p><i>Die Frage bezieht sich nur auf die Bewohner, bei denen von der Einrichtung Maßnahmen der Körperpflege übernommen werden.</i></p> <p><i>Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn in der Pflegedokumentation die auf die Maßnahmen der Körperpflege bezogenen Bedürfnisse und Gewohnheiten des Bewohners nachvollziehbar dokumentiert und bei der Umsetzung berücksichtigt sind.</i></p>

<p><b>32 bb</b></p>	<p>Wird die erforderliche Mund- und Zahnpflege den Bedürfnissen und Gewohnheiten des Bewohners entsprechend durchgeführt?</p> <p><i>Die Frage bezieht sich nur auf die Bewohner, bei denen von der Einrichtung Maßnahmen der Mund- und Zahnpflege übernommen werden.</i></p> <p><i>Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn in der Pflegedokumentation die auf die Maßnahmen der Mund- und Zahnpflege bezogenen Bedürfnisse und Gewohnheiten des Bewohners nachvollziehbar dokumentiert und bei der Umsetzung berücksichtigt sind.</i></p>
<p><b>33 bb</b></p>	<p>Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt?</p> <p><i>Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn der Bewohner während des Dienstes (Frühdienst, Spätdienst, Nachtdienst) von einem überschaubaren Pflegeteam über einen längeren Zeitraum (mehrere Tage) versorgt wird.</i></p>
<p><b>34 eb</b></p>	<p>Werden die Mitarbeiter/innen regelmäßig in Erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult?</p> <p><i>Von einer regelmäßigen Schulung der Mitarbeiter/innen in Erster Hilfe und Notfallmaßnahmen ist auszugehen, wenn das Pflegeheim belegen kann, dass solche Schulungen in den letzten Jahren in regelmäßigen Abständen von nicht mehr als 2 Jahren durchgeführt wurden.</i></p>
<p><b>35 eb</b></p>	<p>Existieren schriftliche Verfahrensanweisungen zu Erster Hilfe und Verhalten in Notfällen?</p> <p><i>Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn schriftlich festgelegte verbindliche Regelungen zur Ersten Hilfe und Verhalten in Notfällen vorliegen.</i></p>

	<b>Qualitätsbereich 2: Umgang mit demenzkranken Bewohnern (10 Kriterien)</b>
<b>36</b> <b>bb</b>	<p>Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biographie des Heimbewohners beachtet und bei der Tagesgestaltung berücksichtigt?</p> <p><i>Das Kriterium ist erfüllt, wenn die individuelle Tagesgestaltung auf der Grundlage der Biographie des Bewohners erfolgt. Dazu können z. B. Weckrituale, die Berücksichtigung von Vorlieben bei den Mahlzeiten und Schlafgewohnheiten oder Maßnahmen zur sozialen Integration in die Einrichtung gehören.</i></p> <p><i>Die Frage ist mit „trifft nicht zu“ (t.n.z.) zu beantworten, wenn nachvollziehbar keine Möglichkeiten der Informationssammlung zur Biographie bestanden.</i></p>
<b>37</b> <b>bb</b>	<p>Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege einbezogen?</p> <p><i>Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn bei demenzkranken Bewohnern aus der Pflegedokumentation ersichtlich ist, dass Angehörige oder andere Bezugspersonen in die Planung der Pflege und Betreuung einbezogen wurden.</i></p> <p><i>Bei diesen Heimbewohnern können oftmals nur Angehörige oder Freunde Hinweise auf Vorlieben, Abneigungen, Gewohnheiten, Hobbys, Bildung usw. geben.</i></p> <p><i>Die Frage ist mit „trifft nicht zu“ (t.n.z.) zu beantworten, wenn keine Angehörigen oder andere Bezugspersonen erreichbar oder vorhanden sind bzw. die Einbeziehung ausdrücklich nicht gewünscht war.</i></p>
<b>38</b> <b>bb</b>	<p>Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung in der Pflegeplanung berücksichtigt?</p> <p><i>Bei der Pflegeplanung müssen die Bedürfnisse, die Biographie, die Potenziale und die Selbstbestimmung des Bewohners berücksichtigt werden. Sofern der Bewohner dazu selbst keine hinreichenden Auskünfte geben kann, sind nach Möglichkeit (vgl. auch Nr. 37) Angehörige, Freunde oder ggf. der Betreuer darüber zu befragen.</i></p>

<p><b>39 bb</b></p>	<p>Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag ermittelt und dokumentiert und werden daraus Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?</p> <p><i>Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn bei demenzkranken Bewohnern das Wohlbefinden der Bewohner im Pflegealltag ermittelt und bei der bei der Durchführung der geplanten Maßnahmen der Pflege und Betreuung berücksichtigt wird.</i></p> <p><i>Aussagen zum Wohlbefinden sowie sich daraus ggf. im Pflegealltag ergebende Änderungen bei der Durchführung der geplanten Maßnahmen der Pflege und Betreuung sind der Pflegedokumentation nachvollziehbar zu dokumentieren.</i></p>
<p><b>40 eb</b></p>	<p>Sind zielgruppengerechte Bewegungs- und Aufenthaltsflächen vorhanden (auch nachts)?</p> <p><i>Das Kriterium ist erfüllt, wenn den betroffenen Heimbewohnern entsprechende Aufenthaltsräume jederzeit -auch nachts- zur Verfügung stehen und sie die Möglichkeit haben, ihrem oftmals erhöhten Bewegungsdrang in der Einrichtung nachzugehen.</i></p>
<p><b>41 eb</b></p>	<p>Sind gesicherte Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien vorhanden?</p> <p><i>Gesicherte Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien sind vorhanden, wenn die Bewohner jederzeit das Gebäude des Pflegeheims verlassen können und sich im Außenbereich ohne besondere Gefährdung aufhalten können, z. B. in einem umzäunten Garten oder mit Begleitung.</i></p>
<p><b>42 eb</b></p>	<p>Gibt es identifikationserleichternde Milieugestaltung in Zimmern und Aufenthaltsräumen?</p> <p><i>Eine identifikationserleichternde Milieugestaltung in Zimmern ist gegeben, wenn die Bewohner die Zimmer entsprechend ihrer Lebensgewohnheiten gestalten können und diese durch Differenzierungen (z. B. Bilder, Symbole oder Farben) gut unterschieden werden können.</i></p>
<p><b>43 eb</b></p>	<p>Wird mit individuellen Orientierungshilfen, z. B. Fotos, gearbeitet?</p> <p><i>Neben Fotos kommen hier auch Bilder oder andere persönliche Gegenstände in Betracht.</i></p>

<p><b>44</b> <b>bb</b></p>	<p>Werden dem Bewohner geeignete Angebote gemacht, z. B. zur Bewegung, Kommunikation oder zur Wahrnehmung?</p> <p><i>Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn bei demenzkranken Bewohnern deren Bedürfnissen ansprechende Angebote wie z. B. Spaziergänge, Ausflüge, Bewegungsübungen, Singen, Vorlesen oder auch Besuche von Veranstaltungen außerhalb des Pflegeheims gemacht werden.</i></p>
<p><b>45</b> <b>eb</b></p>	<p>Gibt es ein bedarfsgerechtes Speisenangebot für Bewohner mit Demenz?</p> <p><i>Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn das Angebot an Speisen und Getränken deren Bedarf Rechnung trägt (z. B. erhöhter Flüssigkeits- und Kalorienbedarf aufgrund erhöhter Mobilität, spezielle Darreichungsformen).</i></p>

	<p align="center"><b>Qualitätsbereich 3: Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung (10 Kriterien)</b></p>
<p><b>46 eb</b></p>	<p>Werden im Rahmen der sozialen Betreuung Gruppenangebote gemacht?</p> <p><i>Das Kriterium ist erfüllt, wenn das Pflegeheim Gruppenangebote konzeptionell plant und regelmäßig anbietet; regelmäßig bedeutet an mindestens fünf von sieben Wochentagen.</i></p>
<p><b>47 eb</b></p>	<p>Werden im Rahmen der sozialen Betreuung Einzelangebote gemacht?</p> <p><i>Das Kriterium ist erfüllt, wenn das Pflegeheim für Bewohner, die aufgrund kognitiver Defizite, Einschränkungen in der Mobilität oder anderer Handicaps nicht an Gruppenangeboten (s. Kriterium 46) teilnehmen können, Einzelangebote planmäßig anbietet. Es ist nicht ausreichend, nur persönliche Gedenktage zu berücksichtigen und Unterstützung bei persönlichen Anliegen zu geben.</i></p>
<p><b>48 eb</b></p>	<p>Veranstaltet das Pflegeheim jahreszeitliche Feste?</p> <p><i>Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn das Pflegeheim jahreszeitliche Feste regelmäßig plant und mehrere Feste im Jahr durchgeführt werden.</i></p>
<p><b>49 eb</b></p>	<p>Gibt es Aktivitäten zur Kontaktaufnahme / Kontaktpflege mit dem örtlichen Gemeinwesen?</p> <p><i>Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn das Pflegeheim regelmäßige und geplante Kontakte zu Vereinen, Kirchengemeinden und Organisationen im Ort pflegt, die dem Ziel dienen, für die Heimbewohner mehr soziale Kontakte herzustellen und ihnen eine Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft innerhalb oder außerhalb des Pflegeheims zu ermöglichen.</i></p>
<p><b>50 eb</b></p>	<p>Gibt es Maßnahmen zur Kontaktpflege zu den Angehörigen?</p> <p><i>Das Kriterium ist erfüllt, wenn das Pflegeheim die Kontaktpflege zu Angehörigen und Bezugspersonen konzeptionell plant und diese regelmäßig in die soziale Betreuung, Versorgung und Pflege der Heimbewohner einbezieht bzw. einzubeziehen versucht.</i></p>

<p><b>51 eb</b></p>	<p>Sind die Angebote der sozialen Betreuung auf die Struktur und Bedürfnisse der Bewohner ausgerichtet?</p> <p><i>Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn die Angebote der sozialen Betreuung auf die Struktur und Bedürfnisse der Bewohner ausgerichtet ist. Dazu können z. B. zielgruppenspezifische Angebote für besondere Personengruppen gehören.</i></p> <p><i>Bei Planung und Durchführung der Angebote der sozialen Betreuung werden Wünsche, Bedürfnisse und Fähigkeiten der Bewohner unter Einbeziehung biographischer Daten berücksichtigt.</i></p>
<p><b>52 eb</b></p>	<p>Gibt es Hilfestellungen zur Eingewöhnung in die Pflegeeinrichtung (z. B. Bezugspersonen, Unterstützung bei der Orientierung, Integrationsgespräch nach 6 Wochen)?</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn das Pflegeheim eine Konzeption mit systematischen Hilfen für die Eingewöhnung hat und nachweislich umsetzt.</i></p>
<p><b>53 eb</b></p>	<p>Wird die Eingewöhnungsphase systematisch ausgewertet?</p> <p><i>Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn die Eingewöhnungsphase in Bezug auf den einzelnen Heimbewohner ausgewertet wird und erkennbar ist, dass ggf. notwendige Veränderungen realisiert worden sind bzw. realisiert werden sollen.</i></p>
<p><b>54 eb</b></p>	<p>Gibt es ein Angebot zur Sterbebegleitung auf der Basis eines Konzeptes?</p> <p><i>Ein Konzept zur Sterbebegleitung muss über folgende Mindestinhalte verfügen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Absprachen des Bewohners mit dem Heim über Wünsche und Vorstellungen zur letzten Lebensphase und zum Verfahren nach dem Tod</i></li> <li>- <i>Die Vermittlung einer psychologischen oder seelsorgerischen Sterbebegleitung (z. B. über einen Hospizdienst)</i></li> </ul>
<p><b>55 eb</b></p>	<p>Verfügt die Pflegeeinrichtung über ein Beschwerdemanagement?</p> <p><i>Das Kriterium ist erfüllt, wenn es schriftliche Regeln zur Beschwerdeerfassung und zur Beschwerdeauswertung gibt und diese nachweislich umgesetzt werden.</i></p>

	<p align="center"><b>Qualitätsbereich 4: Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene (9 Kriterien)</b></p>
<p><b>56 eb</b></p>	<p>Ist die Gestaltung der Bewohnerzimmer z. B. mit eigenen Möbeln, persönlichen Gegenständen und Erinnerungsstücken sowie die Entscheidung über ihre Platzierung möglich?</p> <p><i>Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn konzeptionell beschrieben ist, dass eine individuelle Gestaltung der Bewohnerzimmer möglich ist.</i></p> <p><i>Dazu können z. B. die Mitnahme von eigenen Möbeln, persönlichen Gegenständen und Erinnerungsstücken gehören sowie die Entscheidung über deren Platzierung.</i></p> <p><i>Ggf. sollte eine Verifizierung der Konzeption durch die Besichtigung einiger Zimmer erfolgen.</i></p>
<p><b>57 eb</b></p>	<p>Wirken die Bewohnerinnen und Bewohner an der Gestaltung der Gemeinschaftsräume mit?</p> <p><i>Die Frage ist durch die Konzeption des Pflegeheims zu klären und ggf. durch die Befragung einiger Bewohner oder des Heimbeirates zu verifizieren.</i></p>
<p><b>58 eb</b></p>	<p>Ist der Gesamteindruck der Einrichtung im Hinblick auf Sauberkeit und Hygiene gut? (z. B. Optische Sauberkeit, Ordnung, Geruch)</p> <p><i>Die Frage ist selbsterklärend, weitere Erläuterungen sind nicht erforderlich.</i></p>
<p><b>59 eb</b></p>	<p>Kann der Zeitpunkt des Essens im Rahmen bestimmter Zeitkorridore frei gewählt werden?</p> <p><i>Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn das Pflegeheim geeignete Nachweise darüber führen kann - z. B. über einen Speiseplan -, dass die Bewohner in einem angemessenen zeitlichen Rahmen selbst bestimmen können, wann sie die Mahlzeiten einnehmen möchten.</i></p>
<p><b>60 eb</b></p>	<p>Wird Diätkost, z. B. für Menschen mit Diabetes, angeboten?</p> <p><i>Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn das Pflegeheim geeignete Nachweise darüber führen kann - z. B. über einen Speiseplan -, dass die Bewohner bei Bedarf Diätkost erhalten.</i></p>



<p><b>61 eb</b></p>	<p>Ist die Darbietung von Speisen und Getränken an den individuellen Fähigkeiten der Bewohner orientiert (z. B. wird die Nahrung nur bei tatsächlicher Notwendigkeit klein geschnitten oder als passierte Kost serviert)?</p> <p><i>Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn das Pflegeheim z. B. über die Pflegedokumentation nachweist, dass bei der Darbietung von Speisen und Getränken die individuellen Fähigkeiten der Bewohner berücksichtigt werden.</i></p>
<p><b>62 eb</b></p>	<p>Wird der Speiseplan in gut lesbarer Form bekannt gegeben?</p> <p><i>Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn bei der Bekanntgabe des Speiseplans nachfolgende Kriterien berücksichtigt sind:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Seniorengerechte Schriftgröße (eine seniorengerechte Schrift sollte mindestens den Schriftgrad 14 und einen geeigneten Schrifttyp verwenden.)</i></li> <li>- <i>Aushänge in den Wohnbereichen, auch für Rollstuhlfahrer einsehbar</i></li> <li>- <i>Verteilung/Information an immobile Bewohner.</i></li> </ul>
<p><b>63 eb</b></p>	<p>Orientieren die Portionsgrößen sich an den individuellen Wünschen der Bewohner?</p> <p><i>Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn konzeptionell beschrieben ist, dass sich die Portionsgrößen an den individuellen Wünschen der Bewohner orientiert.</i></p> <p><i>Ggf. sollte eine Verifizierung der Konzeption durch die Befragung der Bewohner oder Mitarbeiter der Küche erfolgen.</i></p>
<p><b>64 eb</b></p>	<p>Werden Speisen und Getränke in für die Bewohner angenehmen Räumlichkeiten und entspannter Atmosphäre angeboten?</p> <p><i>Der Prüfer muss die Räume während einer Mahlzeit besichtigen und dabei unter Berücksichtigung des Verhaltens der Bewohner, des Geräuschniveaus, der sächlichen Ausstattung der Räume beurteilen, ob das Kriterium erfüllt ist.</i></p>

	<p><b>Qualitätsbereich 5: Befragung der Bewohner (18 Kriterien)</b></p> <p>Sofern ein Bewohner die folgenden Fragen aufgrund von Demenzerkrankungen oder anderen gerontopsychiatrischen Veränderungen nicht beantworten kann, ist ein anderer Bewohner mit der gleichen Pflegestufe nach dem Zufallsprinzip für die Befragung auszuwählen.</p>
<b>65 bb</b>	Wird mit Ihnen der Zeitpunkt von Pflege- und Betreuungsmaßnahmen abgestimmt?
<b>66 bb</b>	Entscheiden Sie, ob Ihre Zimmertür offen oder geschlossen gehalten wird?
<b>67 bb</b>	Werden Sie von den Mitarbeitern motiviert, sich teilweise oder ganz selber zu waschen?
<b>68 bb</b>	Sorgen die Mitarbeiter dafür, dass Ihnen beim Waschen außer der Pflegekraft niemand zusehen kann?
<b>69 bb</b>	Hat sich für Sie etwas zum Positiven geändert, wenn Sie sich beschwert haben?
<b>70 bb</b>	Entspricht die Hausreinigung Ihren Erwartungen?
<b>71 bb</b>	Können Sie beim Mittagessen zwischen verschiedenen Gerichten auswählen?
<b>72 bb</b>	Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich?
<b>73 bb</b>	Nehmen sich die Pflegenden ausreichend Zeit für Sie?
<b>74 bb</b>	Fragen die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung Sie, welche Kleidung Sie anziehen möchten?

<b>75 bb</b>	Schmeckt Ihnen das Essen i. d. R.?
<b>76 bb</b>	Sind Sie mit den Essenszeiten zufrieden?
<b>77 bb</b>	Bekommen Sie Ihrer Meinung nach jederzeit ausreichend zuzahlungsfrei zu trinken angeboten?
<b>78 bb</b>	Entsprechen die sozialen und kulturellen Angebote Ihren Interessen?
<b>79 bb</b>	Wird Ihnen die Teilnahme an Beschäftigungsangeboten ermöglicht?
<b>80 bb</b>	Werden Ihnen Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien angeboten?
<b>81 bb</b>	Können Sie jederzeit Besuch empfangen?
<b>82 bb</b>	Erhalten Sie die zum Waschen abgegebene Wäsche zeitnah, vollständig und in einwandfreiem Zustand aus der Wäscherei zurück?

**Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI  
über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der  
Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowie  
gleichwertiger Prüfergebnisse in der stationären Pflege  
-Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS)-  
vom 17. Dezember 2008**

**Anlage 4  
Darstellung der Prüfergebnisse**

Die Ergebnisse die Leistungsangebote der Pflegeheime und die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen werden auf zwei Darstellungsebenen entsprechend der verbindlichen Muster 1 und 2 dargestellt. Nachfolgend werden Erläuterungen zu den einzelnen Feldern der Darstellungen gegeben, soweit diese nicht selbsterklärend sind.

### **Verfahren der Veröffentlichung**

Die Landesverbände der Pflegekassen übersenden die für die Veröffentlichung vorgesehenen Ergebnisse den Pflegeeinrichtungen. Diese können den Landesverbänden der Pflegekassen innerhalb von 28 Kalendertagen Unterlagen zusenden, die in die Veröffentlichung aufzunehmen sind und die Angaben enthalten, die nicht in den Qualitätsprüfungen erhoben werden. Innerhalb dieser Frist können Hinweise zu der Veröffentlichung gegeben werden und sollen auch strittige Fragen zwischen der Pflegeeinrichtung und den Landesverbänden geklärt werden. Nach Ablauf dieser Frist werden die Prüfergebnisse von den Landesverbänden der Pflegekassen im Internet sowie in anderer geeigneter Form veröffentlicht.

Die stationären Pflegeeinrichtungen hängen die Prüfergebnisse der Darstellungsebene 1 dieser Vereinbarung an gut sichtbarer Stelle aus.

## Darstellungsebene 1

Die in der Darstellungsebene 1 aufzunehmenden Informationen sind nachfolgend verbindlich aufgeführt. Zum Muster 1 der Darstellungsebene 1 sowie für die von dort aus zu öffnenden Verlinkungen werden die Vertragsparteien noch das Layout abstimmen.

<b>Feld:</b>	<b>Bezeichnung/Beschreibung</b>
1	Überschrift In dieses Feld wird die Überschrift der Veröffentlichung mit dem Titel „Qualität der Pflegeeinrichtung“ eingetragen.
2	Name des Pflegeheims
3	Adresse des Pflegeheims In dieses Feld werden die Postleitzahl, der Ort, die Straße und die Hausnummer eingetragen.
4	Telefonnummer/Telefaxnummer In dieses Feld werden die Telefonnummer und die Telefaxnummer eingetragen.
5	E-Mail-Adresse und Internetadresse
6	Anzahl der versorgten Bewohner <sup>1</sup>
7	Anzahl der in die Prüfung einbezogenen Bewohner
7.1	Anzahl der Bewohner, die an der Befragung der Bewohner teilgenommen haben.
8	Überschrift „Qualitätsbereiche“
8.1	Pflege und medizinische Versorgung Dieses Feld ist zu verlinken, sodass der Benutzer zu den Einzelergebnissen dieses Qualitätsbereichs auf der Darstellungsebene 2 geführt wird.
8.2	Umgang mit demenzkranken Bewohnern Dieses Feld ist zu verlinken, sodass der Benutzer zu den Einzelergebnissen dieses Qualitätsbereichs auf der Darstellungsebene 2 geführt wird.
8.3	Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung Dieses Feld ist zu verlinken, sodass der Benutzer zu den Einzelergebnissen dieses Qualitätsbereichs auf der Darstellungsebene 2 geführt wird.

---

<sup>1</sup> Da die Verwendung der geschlechtlichen Paarformen die Verständlichkeit und Klarheit der Vereinbarung erheblich einschränken würde, wird auf die Nennung beider Formen verzichtet. Die verwendeten Personenbezeichnungen gelten deshalb jeweils auch in ihrer weiblichen Form.

- 8.4 Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene  
Dieses Feld ist zu verlinken, sodass der Benutzer zu den Einzelergebnissen dieses Qualitätsbereichs auf der Darstellungsebene 2 geführt wird.
- 8.5 Gesamtergebnis  
In dieses Feld wird das Ergebnis aus allen 64 Einzelfragen der Qualitätsbereiche 1 bis 4 als arithmetischer Mittelwert eingetragen.
- 8.6 Befragung der Bewohner  
In dieses Feld wird das Ergebnis des Qualitätsbereichs Befragung der Bewohner eingetragen. Dieses Feld ist zu verlinken, sodass der Benutzer zu den Einzelergebnissen dieses Qualitätsbereichs auf der Darstellungsebene 2 geführt wird.
- 9 Überschrift „MDK Ergebnis“
- 9.1 bis 9.6 In diese Felder werden die Noten der jeweiligen Qualitätsbereiche bzw. des Gesamtergebnisses sowohl numerisch als auch mit ihrer Bezeichnung eingetragen.
- 10 Überschrift „Gleichwertige Prüfung“
- 10.1 bis 10.6 In diese Felder werden die Noten der den MDK-Qualitätsprüfungen gleichwertigen Prüfergebnisse eingetragen, sofern es solche Prüfergebnisse gibt. Ist dies nicht der Fall, werden die Felder 10.1 bis 10.6 nicht dargestellt.
- 11 Überschrift „Vergleichswert im Bundesland“
- 11.1 Die Anzahl der Pflegeheime im Bundesland ist nur einzutragen, wenn das Feld 11.3 ausgefüllt wird.
- 11.2 Die Anzahl der geprüften Pflegeheime im Bundesland ist nur einzutragen, wenn das Feld 11.3 ausgefüllt wird.
- 11.3 Der Vergleichswert im Bundesland ist nur einzutragen, wenn mindestens 20% aller Pflegeheime im Bundesland durch den MDK geprüft sind.
- 12 Die Überschrift „Erläuterungen zum Bewertungssystem“ soll verlinkt werden. Der Link führt zu einer entsprechenden laienverständlichen Erläuterung der Bewertungssystematik.
- 13 Die Überschrift „Vertraglich vereinbarte Leistungsangebote“ wird verlinkt. Der Link führt zu einer Aufstellung der zwischen den Vertragspartnern nach § 85 Abs. 2 SGB XI vereinbarten Leistungen.

- 14 Die Überschrift „Weitere Leistungsangebote und Strukturdaten“ wird verlinkt. Der Link führt zu Angaben, die die Pflegeeinrichtung über Leistungsangebote und Strukturdaten macht, die über die im Feld 13 angegebenen Vertragsinhalte hinausgehen. In dem Link ist deutlich darauf hinzuweisen, dass es sich um „Eigenangaben“ handelt und nicht um Prüfergebnisse oder vertraglich vereinbarte Angebote. Die Darstellung erfolgt entsprechend dem **Muster 3**.
- 15 In dieses Feld ist nur das Datum der aktuellen MDK-Qualitätsprüfung einzutragen.
- 16 In dieses Feld ist das Datum des aktuellsten gleichwertigen Prüfergebnisses nach § 114 Abs. 3 oder 4 SGB XI einzutragen.
- 17 a) Die Überschrift „Weitere Prüfergebnisse“ ist zu verlinken, wenn die Pflegeeinrichtung weitere Prüfergebnisse veröffentlichen möchte. Der Link führt zu Prüfergebnissen, die weder aus einer MDK-Prüfung noch aus einer gleichwertigen Prüfung nach § 114 Abs. 3 und 4 SGB XI stammen. Die Prüfergebnisse müssen aber von einer externen Prüfeinrichtung stammen. Rein interne Qualitätsprüfergebnisse des Pflegeheims dürfen hier nicht veröffentlicht werden.
- b) Sofern ein Prüfergebnis der Heimaufsicht nicht unter Feld 16 aufgenommen werden kann, wird es hier dargestellt sofern es nach dem jeweiligen Heimrecht des Landes im Rahmen des § 115 Abs. 1a SGB XI veröffentlicht werden darf bzw. veröffentlicht werden soll.
- 18 Die Überschrift „Kommentar der Pflegeeinrichtung“ wird verlinkt, wenn die geprüfte Pflegeeinrichtung sich zu dem Prüfergebnis äußern möchte. Der Kommentar darf keine unsachlichen und verunglimpfenden Inhalte enthalten sowie maximal eine Bildschirmseite mit einem Umfang von 3.000 Zeichen inklusive Leerzeichen umfassen.
- 19 In dem Feld 19 ist eine der Antwortkategorien „Ja“ oder „Nein“ auszufüllen, je nachdem, ob die Pflegeeinrichtung eine Wiederholungsprüfung durch den MDK beantragt hat oder nicht.






## Muster 2 „2. Darstellungsebene“

### Beispiel: Qualitätsbereich „Umgang mit demenzkranken Bewohnern“

36	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biographie des Heimbewohners beachtet und bei der Tagesgestaltung berücksichtigt?	2,5
37	Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege einbezogen?	3,0
38	Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung in der Pflegeplanung berücksichtigt?	1,8
39	Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag ermittelt und dokumentiert und werden daraus Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?	3,0
40	Sind zielgruppengerechte Bewegungs- und Aufenthaltsflächen vorhanden (auch nachts)?	5,0
41	Sind gesicherte Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien vorhanden?	1,0
42	Gibt es identifikationserleichternde Milieugestaltung in Zimmern und Aufenthaltsräumen?	1,0
43	Wird mit individuellen Orientierungshilfen, z. B. Fotos, gearbeitet?	2,5
44	Werden dem Bewohner geeignete Angebote gemacht, z. B. zur Bewegung, Kommunikation oder zur Wahrnehmung?	5,0
45	Gibt es bedarfsgerechtes Speisenangebot für Bewohner mit Demenz?	1,0
	<b>Bewertungsergebnis für den Qualitätsbereich</b>	<b>2,6</b>

**Muster 3 „Weitere Leistungsangebote und Strukturdaten“**  
**Die folgenden Angaben sind Selbstauskünfte der Pflegeeinrichtung.**

Ansprechpartner: _____  <b>Besonderheiten</b> _____ _____ _____ _____ _____	
<b>Leistungsangebot</b> ___ <b>Einzelzimmer</b> , davon mit ___ mit eigener/m Dusche/WC ___ /Waschbecken ___ mit eigenem WC / Waschbecken ___ <b>Doppelzimmer</b> , davon mit ___ mit eigener/m Dusche / WC / ___ Waschbecken ___ mit eigenem WC / Waschbecken  <input type="checkbox"/> Eigene Möbel können mitgebracht werden <input type="checkbox"/> Haustiere können mitgebracht werden: _____	<b>Pflegerische Schwerpunkte</b> <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____  <b>Kooperationen mit medizinischen          Einrichtungen</b> <input type="checkbox"/> niedergelassene Ärzte: _____ <input type="checkbox"/> Krankenhäuser: _____ <input type="checkbox"/> _____ _____
<b>Preise</b> (durchschnittlicher Gesamtpreis / Monat)  Pflegestufe 0: _____, davon Anteil Pflegekasse _____ Pflegestufe 1: _____, davon Anteil Pflegekasse _____ Pflegestufe 2: _____, davon Anteil Pflegekasse _____ Pflegestufe 3: _____, davon Anteil Pflegekasse _____ Härtefall: _____, davon Anteil Pflegekasse _____	<b>Mitarbeiterinnen &amp; Mitarbeiter</b>  Gesamtmitarbeiteranzahl in Vollzeitstellen: _____ Fachkräfteanteil in Pflege und Betreuung: _____ Weitere Fachkräfte mit Zusatzqualifi- kationen (Art & Anzahl): <input type="checkbox"/> _____ _____ <input type="checkbox"/> _____ _____ <input type="checkbox"/> _____ _____  Auszubildende (alle Berufe): _____ _____

<b>Gericht:</b>	SG Münster 6. Kammer	<b>Quelle:</b>	
<b>Entscheidungsdatum:</b>	18.01.2010	<b>Normen:</b>	§ 86b Abs 2 S 1 SGG, § 86b Abs 2 S 2 SGG, § 86b Abs 2 S 4 SGG, § 920 ZPO, § 114 SGB 11, § 115 Abs 1a S 1 SGB 11, Art 19 Abs 3 GG, Art 12 Abs 1 S 2 GG
<b>Aktenzeichen:</b>	S 6 P 202/09 ER		
<b>Dokumenttyp:</b>	Beschluss		

**(Soziale Pflegeversicherung - Pflegequalität - Streit über die Ergebnisse der Qualitätsprüfung - vorläufiger Transparenzbericht - einstweiliger Rechtsschutz gegen die Veröffentlichung sowie die Freigabe an Dritte - verfassungskonforme Auslegung des § 115 Abs 1a SGB 11 - gesetzliche Anforderungen - Ergebnis- und Lebensqualität - Berufsausübungsfreiheit)**

### Orientierungssatz

1. Zu den Voraussetzungen für den Erlass einer einstweiligen Anordnung gegen die Veröffentlichung eines vorläufigen Transparenzberichts im Internet oder in sonstiger Weise sowie gegen die Freigabe der Ergebnisse an Dritte zum Zwecke der Veröffentlichung bis zum rechtskräftigen Abschluss des Hauptsacheverfahrens.(Rn.15)
2. Eine verfassungskonforme Auslegung des § 115 Abs 1a SGB 11 kann nur zu dem Ergebnis führen, dass die vom Gesetz vorgesehene Veröffentlichung von Berichten über Qualitätsprüfungen grundsätzlich nur auf der Grundlage zutreffender Tatsachenfeststellungen erfolgen darf.(Rn.26)
3. Solange "valide Indikatoren der Ergebnis- und Lebensqualität" überhaupt nicht vorliegen, kann es nach Ansicht der Kammer auch keine Prüfberichte geben, die der gesetzlichen Anforderung des § 115 Abs 1a S 1 SGB 11 genügen können, nach der die erbrachten Leistungen der Pflegeeinrichtungen ausdrücklich insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität zu beurteilen sind. Prüfberichte, die diesem Anspruch nicht entsprechen, sind rechtswidrig und verletzen das Grundrecht der Einrichtungsträger aus Art 12 GG.(Rn.35)

### Fundstellen

Sozialrecht aktuell 2010, 61-64 (red. Leitsatz und Gründe)

### weitere Fundstellen

ZM 2010, Nr 6, 116 (Kurzwiedergabe)

PKR 2010, 24 (Kurzwiedergabe)

### Diese Entscheidung wird zitiert

#### Literaturnachweise

XX, Die Leistungen 2010, 344-349 (Aufsatz)

Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Die Leistungen 2010, 344-349 (Aufsatz)

Dirk Heinz, WzS 2010, 225-230 (Entscheidungsbesprechung)

Dirk Heinz, WzS 2010, 267-271 (Entscheidungsbesprechung)

### Tenor

Die Antragsgegner werden im Wege der einstweiligen Anordnung verpflichtet, bis zum rechtskräftigen Abschluss des Klageverfahrens (Az.: S 6 P 193/09 SG Münster) die

Veröffentlichung des vorläufigen Transparenzberichts vom 09. November 2009 - im Internet oder in sonstiger Weise - zu unterlassen.

Die Antragstellerin ist bis zum rechtskräftigen Abschluss des Klageverfahrens nicht verpflichtet, eine Zusammenfassung der Qualitätsprüfung vom 28. Juli 2009 in der Pflegeeinrichtung auszuhängen.

Die Antragsgegner tragen die Kosten des Verfahrens.

Der Streitwert wird auf 2.500 Euro festgesetzt.

## Gründe

I.

- 1 In dem gemäß § 72 des Sozialgesetzbuches - Elftes Buch - (SGB XI) durch Versorgungsvertrag zugelassenen Alten- und Pflegeheim der Antragstellerin führte der Medizinische Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe (MDK) am 28. Juli 2009 eine Qualitätsprüfung (Regelprüfung) nach den §§ 114 ff SGB XI durch.
- 2 Der vom MDK erstattete Prüfbericht enthält u.a. einen umfassenden Katalog von "Empfehlungen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten". Die Antragsgegner übersandten mit Schreiben vom 10. August 2009 der Antragstellerin diesen Prüfbericht und kündigten an, mit einem Bescheid gemäß § 115 Abs. 2 SGB XI der Antragstellerin aufzugeben, die vom MDK aufgelisteten Mängel zu beseitigen. Zur Abgabe einer Stellungnahme wurde eine Frist bis zum 14. September 2009 eingeräumt.
- 3 In einer ausführlichen, eingehenden Stellungnahme vom 11. September 2009 erhob die - bei der Prüfung nicht anwesend gewesene - Heim- und Pflegedienstleitung der Antragstellerin unter Vorlage von Unterlagen (u.a. eines aktuellen Berichts der kommunalen Heimaufsicht) konkrete Einwendungen gegen die im Prüfbericht aufgezeigten Mängel. Die Feststellungen der Prüfer seien weitgehend unzutreffend.
- 4 Durch den Bescheid vom 26. Oktober 2009 gaben die Antragsgegner sodann der Antragstellerin auf, die vom MDK vorgeschlagenen Maßnahmen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten zu treffen. Hiergegen richtet sich die am 25. November 2009 beim Sozialgericht Münster erhobene Klage (Az.: S 6 P 193/09) und der Antrag auf vorläufigen Rechtsschutz vom 02. Dezember 2009 (Az.: S 6 P 201/09 ER), mit dem die Antragstellerin die Anordnung der aufschiebenden Wirkung ihrer Anfechtungsklage begehrt.
- 5 Am 09. November 2009 übersandten die Antragsgegner der Antragstellerin per Internet mit einem Erkennungscode einen vorläufigen Transparenzbericht, der auf der Grundlage des Prüfberichts vom 28. Juli 2009 erstellt worden war. Der Transparenzbericht weist als rechnerisches Gesamtergebnis aus 64 Einzelnoten die Note "ausreichend" (3,8) aus. Der Qualitätsbereich "Pflege und medizinische Versorgung" erhielt die Gesamtnote "mangelhaft" (4,7). Der Bereich "Umgang mit demenzkranken Bewohnern" wurde mit "ausreichend" (3,9) bewertet. Im Bereich "Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung" wurde die Einrichtung mit "befriedigend" (3,4) beurteilt. Ein "sehr gut" (1,4) gab es für den Qualitätsbereich "Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene". Als Ergebnis der Befragung der Bewohner, das nicht in das Gesamtergebnis einfließt, wurde die Note "gut" (1,6) angegeben.
- 6 Am 02. Dezember 2009 stellte die Antragstellerin den hier streitigen Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung, mit der den Antragsgegnern die Unterlassung der Veröffentlichung des Transparenzberichts aufgegeben werden soll. Nach dem von den Antragsgegnern geübten Verfahren sei mit einer Veröffentlichung des Berichts 28 Kalendertage nach seiner Übersendung an die Einrichtung - mithin im Falle der Antragstellerin am 07. Dezember 2009 - zu rechnen. Der Transparenzbericht beruhe auf einem formell und materiell rechtswidrigen Maßnahmebescheid. Der diesem Bescheid zugrunde liegende Prüfbericht sei unzutreffend. Der Transparenzbericht zeige, dass vorrangig die Dokumentation und nicht die Erbringung der Pflegeleistungen honoriert werde. Eine objektive Benotung sei im Übrigen gar nicht möglich. Ohne Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes drohten der Antragstellerin schwere und unzumutbare, anders nicht abwendbare Nachteile, zu deren nachträglicher Beseitigung die Entscheidung in der

Hauptsache nicht mehr in der Lage wäre. Bei einer Veröffentlichung des Transparenzberichts würde der Ruf der Pflegeeinrichtung erheblich beeinträchtigt. Durch den zu befürchtenden Rückgang ihrer Belegungszahl würde ein schwerer wirtschaftlicher Schaden entstehen.

- 7 Die Antragstellerin beantragt sinngemäß,
- 8 1. den Antragsgegnern jedenfalls bis zur Entscheidung des Gerichts im Klageverfahren (Az.: S 6 P 193/09) zu untersagen, den Transparenzbericht vom 09. November 2009 im Internet oder auf anderem Wege zu veröffentlichen,
- 9 2. festzustellen, dass die Antragstellerin nicht verpflichtet sei, das Ergebnis des Transparenzberichts in ihrer Einrichtung auszuhängen.
- 10 Die Antragsgegner beantragen,
- 11 den Antrag zurückzuweisen.
- 12 Sie tragen vor, es bestehe weder ein Anordnungsanspruch noch ein Anordnungsgrund für den Erlass einer einstweiligen Anordnung. Dem Gesetzeszweck entsprechend sei der Transparenzbericht auf der Grundlage der Qualitätsprüfung durch den MDK zeitnah zu veröffentlichen. Die Pflegeeinrichtungen hätten die Möglichkeit, innerhalb der 28-Tage-Frist nach Bekanntgabe des vorläufigen Berichts eine Stellungnahme abzugeben, die dem veröffentlichten Transparenzbericht angefügt werde. Dieser Bericht stelle eine Widerspiegelung einer Momentaufnahme der Pflegeeinrichtung für den Tag der Qualitätsprüfung dar. Deshalb komme es auch nicht darauf an, ob die festgestellten Mängel zwischenzeitlich beseitigt worden seien. Auch müssten die Unstimmigkeiten zwischen der Einrichtung und den Landesverbänden nicht geklärt werden, bevor Pflegenoten veröffentlicht würden. Die von der Antragstellerin vorgebrachten Argumente könnten im Klageverfahren überprüft werden. Ein ggfs. für sie positives Ergebnis wäre zu berücksichtigen und könnte seinen Niederschlag in einem aktualisierten Transparenzbericht finden. Zu Recht habe das Sozialgericht Bayreuth in seinem Beschluss vom 11. Januar 2010 (Az.: S 1 P 147/09 ER) dargelegt, dass das von den Antragsgegnern geübte Verfahren keinen verfassungsrechtlichen Bedenken begegne. Eine Verletzung des Grundrechts aus Art. 12 des Grundgesetzes (GG) liege nicht vor, weil der Gesetzgeber das Recht habe, die Freiheit der Berufsausübung einschränkende gesetzliche Regelungen zu treffen. Dies sei durch die Vorschrift des § 115 Abs. 1 a SGB XI geschehen. Die Veröffentlichung der Transparenzberichte sei durch ausreichende Gründe des Gemeinwohls gerechtfertigt und verhältnismäßig. Dem Sozialgericht Bayreuth sei - so die Antragsgegner - auch darin zuzustimmen, dass die mit der Veröffentlichung der Prüfergebnisse verbundenen Auswirkungen auf den Gewerbebetrieb nicht überschätzt werden dürften. Niemand würde bei der Wahl einer Pflegeeinrichtung sich mit einem Blick auf die Veröffentlichung begnügen. Vielmehr würden auch andere Kriterien (wie Preis, örtliche Nähe etc.) einbezogen werden. Im Übrigen verweisen die Antragsgegner auf weitere aktuelle Entscheidungen von Sozialgerichten, die Anträge auf einstweiligen Rechtsschutz gegen die Veröffentlichung von Transparenzberichten zurückgewiesen haben (SG Dresden, Beschluss vom 22.12.2009, S 16 P 173/09 ER; SG Regensburg, Beschluss vom 04.01.2010, S 2 P 112/09 ER; SG Dortmund, Beschluss vom 11.01.2010, S 39 P 279/09 ER).
- 13 Auf eine telefonische Anregung des Vorsitzenden der Kammer am 03. Dezember 2009 haben die Antragsgegner zugesagt, von der für den 07. Dezember 2009 vorgesehenen Veröffentlichung des Transparenzberichts bis zu einer Entscheidung des Gerichts über den Eilantrag abzusehen.
- 14 Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakten des vorliegenden Verfahrens, die Verwaltungsakten sowie auf die Streitakten der Verfahren S 6 P 193/09 und S 6 P 201/09 ER verwiesen.
- II.
- 15 Der Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ist zulässig und begründet.
- 16 Die Statthaftigkeit des Antrags folgt aus § 86 b Abs. 2 Satz 1 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG). Nach dieser Vorschrift kann das Gericht, soweit kein Fall nach § 86 b Abs. 1 SGG vorliegt, auf Antrag eine einstweilige Anordnung in Bezug auf den Streitgegenstand treffen, wenn die Gefahr

besteht, dass durch eine Veränderung des bestehenden Zustands die Verwirklichung eines Rechts des Antragstellers vereitelt oder wesentlich erschwert werden könnte.

- 17 Einstweiliger Rechtsschutz ist vorliegend nicht durch die aufschiebende Wirkung eines Rechtsbehelfs gemäß § 86 b Abs. 1 SGG zu gewährleisten, weil es sich bei der Veröffentlichung des Transparenzberichts nicht um einen Verwaltungsakt handelt. Ihm fehlt der Regelungscharakter des § 31 SGB X. Die Veröffentlichung erfolgt ohne Setzung eines eigenen Rechtsaktes unmittelbar auf der Grundlage des Gesetzes als sogenannter Realakt. Geht es - wie hier - um die vorläufige Sicherung eines bestehenden Zustandes gegen einen Eingriff durch schlichtes Verwaltungshandeln, ist der Antrag auf Erlass einer Sicherungsanordnung gemäß § 86 b Abs. 2 Satz 1 SGG der statthafte Rechtsbehelf.
- 18 Der Erlass einer einstweiligen Anordnung setzt das Bestehen eines Anordnungsanspruchs und eines Anordnungsgrundes voraus. Dabei genügt es nach der gemäß § 86 b Abs. 2 Satz 4 SGG entsprechend anwendbaren Vorschrift des § 920 der Zivilprozessordnung, dass Anordnungsanspruch und Anordnungsgrund glaubhaft gemacht sind. Ein Anordnungsanspruch liegt bei der - hier begehrten - Sicherungsanordnung vor, wenn der Antragsteller das Bestehen einer zu sichernden Rechtsposition glaubhaft macht (vgl. Keller in Meyer-Ladewig, SGG 9. Aufl. 2008 § 86 b Rdnr. 25 a). Ein Anordnungsgrund ist gegeben, wenn der Antragsteller glaubhaft macht, dass die unmittelbar bevorstehende Gefahr einer Rechtsverletzung oder Erschwerung der Rechtsverwirklichung durch eine Veränderung des bestehenden Zustands droht (vgl. Keller, § 86 b Rdnr. 27 a).
- 19 Am Vorliegen eines Anordnungsgrundes bestehen nach Auffassung der Kammer keine Zweifel. Die zur Zeit der Antragstellung unmittelbar bevorstehende Veröffentlichung des umstrittenen Transparenzberichts, der als Gesamtergebnis nur die Note "ausreichend" und für den Qualitätsbereich "Pflege und medizinische Versorgung" sogar die Note "mangelhaft" ausweist, würde fraglos zu einem Reputationsschaden der Einrichtung der Antragstellerin führen. Ihre Befürchtung, dass im Falle einer Veröffentlichung erhebliche Wettbewerbsnachteile entstünden, die Belegungszahl stark zurückginge und ein gravierender wirtschaftlicher Schaden einträte, erscheint begründet. Der Antragstellerin steht als Betreiberin einer Pflegeeinrichtung das Grundrecht der Berufsfreiheit (Art. 12 GG) zu. Ihre hieraus folgenden Rechte könnten bei einer rechtswidrigen Veröffentlichung des Transparenzberichts irreversibel verletzt werden.
- 20 Ferner ist auch ein Anordnungsanspruch glaubhaft gemacht. Die Antragstellerin hat nach Auffassung der Kammer - zumindest vorläufig - einen Anspruch auf Unterlassung der Veröffentlichung des Berichts.
- 21 Nach der gesetzlichen Regelung (§ 115 Abs. 1 a Satz 1 SGB XI) stellen die Landesverbände der Pflegekassen sicher, dass die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität, insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität, für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei veröffentlicht werden. Die gesetzliche Vorschrift lautet weiter:
- 22 "Hierbei sind die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sowie gleichwertige Prüfergebnisse nach § 114 Abs. 3 und 4 zugrunde zu legen; sie können durch in anderen Prüfverfahren gewonnene Informationen, die die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität, insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität, darstellen, ergänzt werden. Personenbezogene und personenbeziehbare Daten sind zu anonymisieren. Ergebnisse von Wiederholungsprüfungen sind zeitnah zu berücksichtigen. Das Datum der letzten Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, eine Einordnung des Prüfergebnisses nach einer Bewertungssystematik sowie eine Zusammenfassung der Prüfergebnisse sind an gut sichtbarer Stelle in jeder Pflegeeinrichtung auszuhängen. Die Kriterien der Veröffentlichung einschließlich der Bewertungssystematik sind durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände bis zum 30. September 2008 unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu vereinbaren."

- 23 Die nach dieser Bestimmung (§ 115 Abs. 1 a Satz 6 SGB XI) erforderliche Vereinbarung haben die im Gesetz genannten Vertragspartner unter dem 17. Dezember 2008 geschlossen. Auf der Grundlage dieser Vereinbarung und ihrer Anlagen wurde der in Rede stehende Transparenzbericht erstellt.
- 24 Nach der im einstweiligen Rechtsschutzverfahren gebotenen summarischen Prüfung genügt der Bericht jedoch nicht den gesetzlichen Anforderungen. Seine Veröffentlichung würde die Antragstellerin in ihrem Grundrecht der Berufsfreiheit verletzen.
- 25 Die gemäß Art. 19 Abs. 3 GG auch der Antragstellerin als juristische Person zustehende Berufsfreiheit des Art. 12 Abs. 1 GG gewährt das Recht, den Beruf frei zu wählen und frei auszuüben. Nach Art. 12 Abs. 1 Satz 2 GG kann die Berufsausübung durch Gesetz oder aufgrund eines Gesetzes geregelt werden. Auch wenn dem Gesetzgeber im Bereich der Berufsausübungsregelungen ein erheblicher Beurteilungs- und Gestaltungsspielraum zusteht, muss nach dem BVerfG jede Beeinträchtigung der Berufsfreiheit geeignet, erforderlich und verhältnismäßig sein (vgl. etwa BVerfGE 106, 181 / 191 f). Speziell zum Problem der Verbreitung marktbezogener Informationen des Staates - um das es auch vorliegend geht - hat das BVerfG in seiner Entscheidung vom 26. Juni 2002 (BVerfGE 105, 252 ff) dargelegt, dass die Veröffentlichung solcher Informationen den grundrechtlichen Gewährleistungsanspruch von betroffenen Wettbewerbern aus Art. 12 GG nur dann nicht beeinträchtigt, wenn bei Vorliegen einer staatlichen Aufgabe insbesondere die Anforderungen an die Richtigkeit und Sachlichkeit der Informationen beachtet würden. Blieben - so das BVerfG - selbst nach sorgsamer Aufklärung des Sachverhalts im Rahmen des Möglichen Unsicherheiten in tatsächlicher Hinsicht, könnte eine Verbreitung der - unsicheren - Informationen zulässig sein, wenn sie im öffentlichen Interesse läge und die Marktteilnehmer auf die verbleibenden Unsicherheiten hingewiesen würden (BVerfG aaO, S. 272).
- 26 Eine - verfassungskonforme - Auslegung des § 115 Abs. 1 a SGB XI unter Beachtung der aufgezeigten Maßstäbe des BVerfG kann nach Auffassung der Kammer nur zu dem Ergebnis führen, dass die vom Gesetz vorgesehene Veröffentlichung von Berichten über Qualitätsprüfungen grundsätzlich nur auf der Grundlage zutreffender Tatsachenfeststellungen erfolgen darf. Sind - wie im Falle der Antragstellerin - aufgrund ihres substantiellen Vorbringens gegen die Feststellungen im Prüfbericht erhebliche Zweifel an der Richtigkeit des Prüfergebnisses gerechtfertigt, haben die Antragsgegner die Pflicht, diesen Zweifeln oder - wie sie es nennen - diesen "Unstimmigkeiten" vor der Veröffentlichung etwa durch die Einholung einer ergänzenden Stellungnahme des MDK oder durch eine weitere Qualitätsprüfung nachzugehen. Die gesetzliche Bestimmung des § 115 Abs. 1 a SGB XI erlaubt nicht die Veröffentlichung zweifelhafter Berichte und enthält im Übrigen auch keine Regelung darüber, wann die Transparenzberichte veröffentlicht werden sollen. Eine solche Bestimmung enthalten nur die - untergesetzlichen - Transparenzvereinbarungen vom 17. Dezember 2008 mit ihrer 28-Tage-Regelung. Zwar erscheint eine zeitnahe, für die Antragsgegner mit keinem bürokratischen Aufwand verbundene Veröffentlichung wünschenswert. Ist aber - um die Anforderung des BVerfG wieder aufzunehmen - der Sachverhalt im Rahmen des Möglichen noch nicht sorgsam aufgeklärt, muss solange die Veröffentlichung unterbleiben. Die Kammer verkennt nicht, dass es von großer Bedeutung für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen ist, über Informationen über die in den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität verfügen zu können. Diesem Verbraucherinteresse und dem Ziel der Qualitätsentwicklung in der Pflege können aber nur "verlässliche Informationen" dienen (vgl. hierzu die Gesetzesbegründung zum Pflege- Weiterentwicklungsgesetz, BT-Drucks. 16/7439, S. 217).
- 27 Die Auswirkungen der Veröffentlichung von Transparenzberichten dürfen auch nicht bagatellisiert werden. Auch wenn der veröffentlichte Transparenzbericht für die "Verbraucher" nicht die einzige Entscheidungsgrundlage für die Auswahl einer Pflegeeinrichtung sein wird, dürften die Marktchancen einer Einrichtung, die - wie hier die der Antragstellerin - in wesentlicher Hinsicht, nämlich im Qualitätsbereich "Pflege und Medizinische Versorgung", mit "mangelhaft" bewertet worden ist, einen dauerhaften Schaden erleiden, der auch durch eine spätere Korrektur, wie sie die Antragsgegner für den Fall, dass sich die Fehlerhaftigkeit der Bewertung herausstellen sollte, in Aussicht stellen, nicht wieder gutzumachen sein dürfte.



- 28 Abgesehen davon, dass die Veröffentlichung des Transparenzberichts vom 08. November 2009 mithin schon deshalb vorläufig zu unterbleiben hat, weil eine hinreichend sichere Tatsachenfeststellung nicht gegeben ist, dürfte nach Auffassung der Kammer der umstrittene Bericht auch noch aus anderen Erwägungen den gesetzlichen Anforderungen nicht entsprechen. Denn das Gesetz hebt im § 115 Abs. 1 a Satz 1 SGB XI besonders hervor, dass die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität "insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität" veröffentlicht werden sollen. Diesem Anspruch dürften die auf der Grundlage der Transparenzvereinbarung vom 17. Dezember 2008 und ihrer Anlage 3 ("Ausfüllanleitungen für die Prüfer") erstellten Transparenzberichte nicht genügen.
- 29 Im Unterschied zur Strukturqualität, bei der es um die technischen und personellen Rahmenbedingungen von Pflege geht, und im Unterschied zur Prozessqualität, die den Pflege- und Versorgungsablauf und ihre Dokumentation betrifft, bezieht sich die Ergebnis- und Lebensqualität auf das erreichte Ergebnis der geleisteten Pflege. Auch wenn einzuräumen ist, dass zwischen den genannten Qualitätsebenen eine Wechselwirkung besteht und dass die vom MDK angewandten Prüfkriterien zum Teil auch auf die Erfassung von Ergebnis- und Lebensqualität zielen (etwa im Qualitätsbereich "Umgang mit demenzkranken Bewohnern"), so erscheint dennoch die von vielen Einrichtungen in ihren Kommentaren zu den bereits veröffentlichten Transparenzberichten geäußerte Kritik, vom MDK würden primär Dokumentationsdefizite festgestellt, nicht unberechtigt. Auch der Pflege-Selbsthilfeverband e.V. (vgl. seine Stellungnahme auf seiner Homepage [www.pflege-shv.de](http://www.pflege-shv.de)) hat beachtliche Einwendungen gegen das Benotungssystem vorgetragen und zugespitzt festgestellt, dass die Prüfkriterien des MDK die Dokumentationsqualität höher gewichteten als die Pflegequalität.
- 30 Bei einer Durchsicht der einzelnen benoteten Kriterien unter Berücksichtigung der "Ausfüllanleitung" für die MDK-Prüfer, lassen sich zahlreiche Beispiele anführen, die diese Kritik als gerechtfertigt erscheinen lassen.
- 31 Bereits die erste - zudem besonders nebulös formulierte - Frage des umfassenden Katalogs ("Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?") zielt nicht auf die Feststellung, ob erforderlichenfalls Kontakt mit einem Arzt aufgenommen wird, sondern ob dies aus der Pflegedokumentation erkennbar ist. Die zweite Frage - "Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?" - ist nach den Ausfüllanleitungen (Rdnr. 2 bb) nur mit "Ja" zu beantworten, wenn die Durchführung solcher Maßnahmen fachgerecht und eindeutig dokumentiert wird. Die dritte Frage ("Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen?") kann nach den Ausfüllanleitungen (Rdnr. 2 bb) nur bejaht werden, wenn u. a. die "vollständigen Medikamentennamen" dokumentiert werden. Ob die Medikamentenversorgung in der Sache korrekt erfolgt, ist nicht Gegenstand der Prüfung. Diese Aufzählung ließe sich fortführen. Das "Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz" hat nach den Prüfkriterien z.B. nur Relevanz, wenn es "ermittelt und dokumentiert" (Frage Nr. 39) ist. Die Sterbebegleitung erfordert die "Basis eines Konzepts" (Frage Nr. 53).
- 32 Die Kammer verkennt nicht, dass der Dokumentation in der Pflege eine große Bedeutung zukommt. So sind etwa die Fragen nach der Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus sicherlich gerechtfertigt. Das Maß, in dem die Pflegeeinrichtungen diesen Anforderungen entsprechen, betrifft allerdings nicht die Ergebnisqualität, auf die es nach dem Gesetz insbesondere ankommen soll, sondern die Prozessqualität. Eine hohe Ergebnisqualität ist z. B. erreicht, wenn eine Pflegeeinrichtung - etwa durch eine Aktivierung und Bewegung seiner Bewohner - es schafft, die Zahl der Bewohner mit Dekubitus zu minimieren.
- 33 Zuzugeben ist, dass die Ergebnis- und Lebensqualität schwer zu bemessen und Mängel in der Dokumentation leicht aufzuzeigen sind. Dies kann jedoch ein Bewertungssystem nicht rechtfertigen, das die Einrichtungen nötigt, auf Kosten ihrer eigentlichen Aufgabe noch mehr in die Dokumentation zu investieren.
- 34 Bei ihrer Auffassung, dass die auf dem Boden der aktuellen Prüfkriterien des MDK erstellten Transparenzberichte nicht den gesetzlichen Anforderungen hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität genügen, kann sich die Kammer auch auf die Transparenzvereinbarung vom 17. Dezember 2008 stützen. In dem dieser Vereinbarung vorangestellten Vorwort heißt es nämlich, dass die Vertragsparteien die Vereinbarung in dem Wissen geschlossen

hätten, dass es "derzeit keine pflegewissenschaftlich gesicherten Erkenntnisse über valide Indikatoren der Ergebnis- und Lebensqualität der pflegerischen Versorgung in Deutschland gibt." Deshalb sei die Vereinbarung als vorläufig zu betrachten. Es bestehe Einvernehmen, diese Vereinbarung anzupassen, sobald "pflegewissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse über Indikatoren der Ergebnis- und Lebensqualität" vorlägen. Dabei würden die Ergebnisse des vom Bundesministerium für Gesundheit und vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend begleiteten "Modellprojekt(s) Messung Ergebnisqualität in der stationären Altenpflege" zu berücksichtigen sein. Mit Ergebnissen sei Ende 2010 zu rechnen.

- 35 Solange jedoch "valide Indikatoren der Ergebnis- und Lebensqualität" überhaupt nicht vorliegen, kann es nach Ansicht der Kammer auch keine Prüfberichte geben, die der gesetzlichen Anforderung des § 115 Abs. 1 a Satz 1 SGB XI genügen können, nach der die erbrachten Leistungen der Pflegeeinrichtungen ausdrücklich insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität zu beurteilen sind. Prüfberichte, die diesem Anspruch nicht entsprechen, sind rechtswidrig und verletzen das Grundrecht der Einrichtungsträger aus Art. 12 GG. Die Einrichtungsträger haben deshalb das Recht, die Unterlassung der Veröffentlichung solcher Berichte zu verlangen.
- 36 Nach allem musste der Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz Erfolg haben und die Antragsgegner verpflichtet werden, bis zum Abschluss des Klageverfahrens die Veröffentlichung des vorläufigen Transparenzberichts im Internet zu unterlassen. Nur zur Klarstellung hat die Kammer auch festgestellt, dass die Antragstellerin nicht verpflichtet ist, eine Zusammenfassung der Qualitätsprüfung vom 28. Juli 2009 in der Pflegeeinrichtung auszuhängen.
- 37 Die Kostenentscheidung beruht auf § 197 a Abs. 1 Satz 1 SGG in Verbindung mit § 154 Abs. 1 der Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).
- 38 Die Streitwertfestsetzung folgt aus § 197 a SGG in Verbindung mit § 52 Abs. 2 des Gerichtskostengesetzes (GKG). Da der bisherige Sach- und Streitstand für die Bestimmung des Streitwerts keine genügenden Anhaltspunkte bietet, war unter Berücksichtigung der Verfahrensart des vorläufigen Rechtsschutzes die Hälfte der Auffangwertes anzusetzen.

# PFLEGESTATISTIK 2009

**Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung  
Deutschlandergebnisse**



---

**Herausgeber:** Statistisches Bundesamt, Wiesbaden

**Internet:** [www.destatis.de](http://www.destatis.de)

**Autor:** Heiko Pfaff

Ihr Kontakt zu uns:

[www.destatis.de/kontakt](http://www.destatis.de/kontakt)

Zum Thema Pflegestatistik

Tel.: +49 (0) 611 / 75 89 56

Statistischer Informationsservice

Tel.: +49 (0) 611 / 75 24 05

Fax: +49 (0) 611 / 75 33 30

Erscheinungsfolge: 2-jährig

Erschienen im Februar 2011,

Korrektur am 21.02.2011 auf Seite 23 und 24

Artikelnummer: 5224001099004 [PDF]

© Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2011

Vervielfältigung und Verbreitung, auch auszugsweise, mit Quellenangabe gestattet.

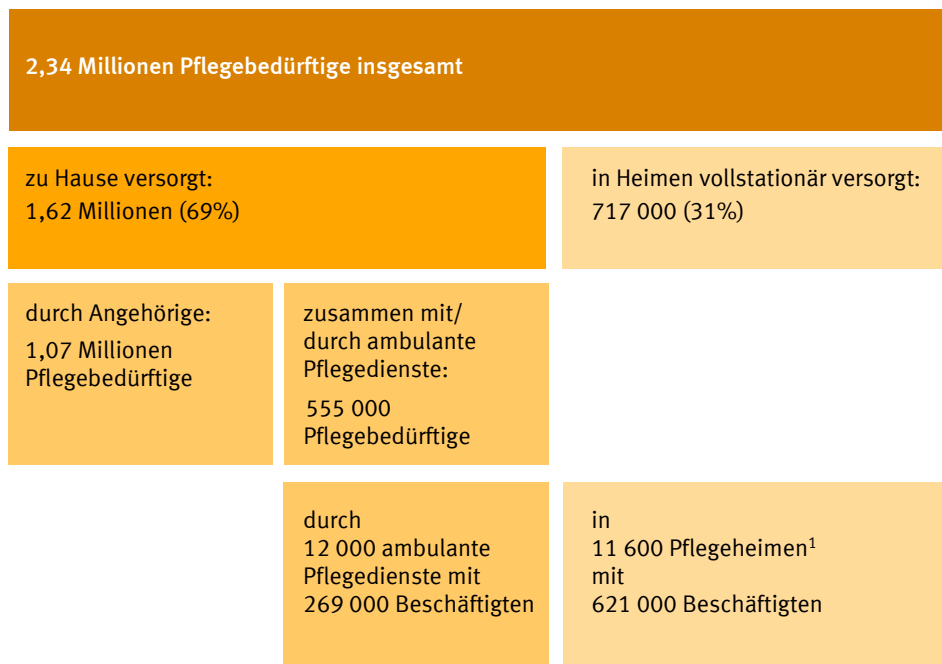
# Inhalt

---

<b>Zum Hintergrund der Statistik</b> .....	3
<b>Eckdaten der Pflegestatistik 2009</b> .....	4
<b>Übersicht der Tabellen</b> .....	5
<b>1</b> Pflegebedürftige zum Jahresende 2009 .....	6
Tab 1.1 Pflegebedürftige nach Art der Versorgung .....	8
Tab 1.2 Pflegebedürftige nach Alter und Pflegequote .....	8
<b>2</b> Situation in den ambulanten Pflegediensten am 15.12.2009 .....	9
Tab 2.1 Art (Angebot der Einrichtungen) und Träger .....	11
Tab 2.2 Größe der Dienste nach Träger – Pflegebedürftige je Pflegedienst ...	11
Tab 2.3 Personal nach Beschäftigungsverhältnis, Tätigkeitsbereich und Arbeitsanteil für den Pflegedienst .....	12
Tab 2.4 Personal nach Berufsabschluss und Tätigkeitsbereich .....	13
Tab 2.5 Personal (geschätzte Vollzeitäquivalente) nach Berufsabschluss und Tätigkeitsbereich .....	14
<b>3</b> Situation in den Pflegeheimen am 15.12.2009 .....	15
Tab 3.1 Organisation (Angebot der Einrichtung) und Träger .....	18
Tab 3.2 Größe der Heime nach Träger – Pflegebedürftige je Pflegeheim .....	18
Tab 3.3 Heime nach dem Pflegeangebot sowie Art und Auslastung der verfügbaren Plätze .....	19
Tab 3.4 Pflegebedürftige und Vergütung .....	20
Tab 3.5 Personal nach Beschäftigungsverhältnis, Tätigkeitsbereich und Arbeitsanteil für das Pflegeheim .....	20
Tab 3.6 Personal nach Berufsabschluss und Tätigkeitsbereich .....	21
Tab 3.7 Personal (geschätzte Vollzeitäquivalente) nach Berufsabschluss und Tätigkeitsbereich .....	22
<b>4</b> Zeitreihe – Ausgewählte Merkmale (1999 – 2009) .....	23
<b>EXKURSE:</b> Übersicht über Neuerungen der Statistik im Detail im Zuge der Reformen der Pflegeversicherung im Sommer 2008 .....	25
Zahl der Pflegebedürftigen – Unterschiede zu den Ergebnissen der sozialen und privaten Pflegeversicherung .....	26
Vergleich der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen mit früheren Erhebun- gen - im Detail geänderte Ermittlung ab der Pflegestatistik 2009 .....	27
Einschätzung der Daten von Bremen für das Bundesergebnis 2009 ...	28
<b>Glossar</b> .....	29
<b>Zeichenerklärung</b>	
– = nichts vorhanden	
X = Nachweis ist nicht sinnvoll	

- Die Pflegestatistik wird von den Statistischen Ämtern des Bundes und der Länder seit dem Dezember **1999 zweijährlich** durchgeführt.
- Ziel der Statistik ist es, Daten zum **Angebot** von und der **Nachfrage** nach **pflegerischer Versorgung** zu gewinnen. Es werden daher Daten über die Pflegebedürftigen sowie über die Pflegeheime und ambulanten Dienste einschließlich des Personals erhoben.
- Die Statistik setzt sich aus **zwei Erhebungen** zusammen: Zum einen werden die ambulanten und stationären **Pflegeeinrichtungen** befragt, zum anderen liefern die **Spitzenverbände** der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung Informationen über die Empfänger von **Pflegegeldleistungen** – also die meist von Angehörigen gepflegten Leistungsempfänger/innen.
- Der **Erhebungstichtag** für die Erhebung bei den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen ist der 15.12; der für die Pflegegeldempfänger/innen - organisatorisch bedingt davon abweichend - der 31.12.
- Die Definitionen und Abgrenzungen der Statistik beruhen auf dem **Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI)**. Die Rechtsgrundlage für die Statistik bildet ebenfalls das SGB XI (§ 109 Abs. 1 in Verbindung mit der Pflegestatistikverordnung vom 24.11.1999, BGBl. I S. 2282).
- Seit dem 01.04.1995 gibt es Leistungen aus der Pflegeversicherung für ambulant versorgte Pflegebedürftige; für stationär Versorgte seit dem 01.07.1996.
- [Berichte über die Pflegestatistiken 1999, 2001, 2003, 2005 und 2007](#) sowie die **Lebenslagen Pflegebedürftiger** anhand des **Mikrozensus 1999, 2003** sind im Internetangebot des Statistischen Bundesamtes zu finden. Hier sind auch die **Qualitätsberichte** zur Pflegestatistik eingestellt.
- Die **Erhebungsbögen** und **Erläuterungen** der Statistik können Sie kostenlos per E-Mail bei uns anfordern [pflege@destatis.de](mailto:pflege@destatis.de). Zudem können wir auch weitere **Standardtabellen** auf Bundesebene kostenlos zur Verfügung stellen.
- Ergebnisse in tiefer **regionaler Gliederung** (z. B. Kreise und Regierungsbezirke) bietet das jeweils zuständige Statistische Landesamt. Gemeinsame Veröffentlichungen der Statistischen Ämter und des Bundes mit [Kreisergebnissen](#) der Erhebungen 2003, 2005 und 2007 sind ebenfalls im Internetangebot des Statistischen Bundesamtes abrufbar.
- **Vorausberechnungen** zur **zukünftigen Zahl der Pflegebedürftigen** für den Bund und die Länder können der Veröffentlichung „Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 2: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern“ der Statistischen Ämter des Bundes und Länder entnommen werden. Diese ist gleichfalls im Internetangebot verfügbar.

### Pflegebedürftige 2009 nach Versorgungsart



1 Einschl. teilstationäre Pflegeheime.

2011-08-0161

## Übersicht der Tabellen

Merkmal	Pflegerbedürftige Tabelle		Ambulanten Pflegedienste Tabelle					Pflegerheime Tabelle							Zeitreihe Tabelle
	1.1	1.2	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	4
<b>Pflegerbedürftige</b>	X	X									X				X
– Alter		X													
– Pflegestufen	X										X				X
– Geschlecht	X	X													
– Anzahl der Pflegerbedürftigen nach Größenklassen *)				X					X						
– Versorgungsart	X	X								X	X				X
– Pflegequote		X													
<b>Pflegeeinrichtungen (ambulant bzw. Pflegeheime)</b>			X					X		X					X
– Art/Organisation der Einrichtung			X					X							
– Träger			X	X				X	X						
<b>Verfügbare Plätze</b>										X					X
– Auslastung										X					
<b>Durchschnittliche Vergütung</b>											X				
<b>Personal</b>					X	X						X	X		X
– Beschäftigungsverhältnis					X	X						X	X		X
– Tätigkeitsbereich					X	X	X					X	X	X	X
– Berufsabschluss						X	X						X	X	X
– Arbeitsanteil nach SGB XI					X	X						X	X		
– Geschlecht						X	X						X	X	
– geschätzte Vollzeitäquivalente							X							X	
<b>Bevölkerung</b>		X													
<b>Vergleiche mit 2007</b>	X	X	X		X	X	X	X			X	X	X	X	X

\*) einschließlich Pflegerbedürftige je Einrichtung



### 1 Pflegebedürftige zum Jahresende 2009

**Gut 2,3 Millionen Pflegebedürftige.**

**Davon werden mehr als zwei Drittel zu Hause versorgt**

Im Dezember 2009 waren 2,34 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI); die Mehrheit (67%) waren Frauen. 83% der Pflegebedürftigen waren 65 Jahre und älter; 85 Jahre und älter waren 35%.

Mehr als zwei Drittel (69% bzw. 1,62 Millionen) der Pflegebedürftigen wurden zu Hause versorgt. Davon erhielten 1 066 000 Pflegebedürftige ausschließlich Pflegegeld, das bedeutet, sie wurden in der Regel zu Hause allein durch **Angehörige** gepflegt. Weitere 555 000 Pflegebedürftige lebten ebenfalls in Privathaushalten. Bei ihnen erfolgte die Pflege jedoch zusammen mit oder vollständig durch ambulante **Pflegedienste**. 31% (717 000) wurden in **Pflegeheimen** vollstationär betreut (*siehe Tabelle 1.1*).

**4% mehr Pflegebedürftige als 2007.**

**Hohes Wachstum mit 10% bei den ambulanten Pflegediensten**

**Gegenüber 2007** hat die Zahl der Pflegebedürftigen – im Zuge der Alterung der Bevölkerung – um insgesamt +4,1% bzw. 91 000 Personen zugenommen.<sup>1</sup>

Bei den Pflegestufen ist – wie auch in den Vorjahren – ein überdurchschnittliches Wachstum bei den Pflegebedürftigen der Pflegestufe I (+7,8% bzw. 91 000) festzustellen. Bei den Pflegestufen II und III sind hingegen kaum Veränderungen zu erkennen: Bei der Stufe II liegt ein Rückgang um rund –0,1% vor. Bei der Stufe III ist ein Anstieg um +0,5% (1 000) zu verzeichnen.

Im Vergleich 2009 mit 2007 zeigt sich kein Trend weg von der Pflege zu Hause und hin zu den vollstationären Pflegeheimen: Die Anzahl der in Heimen vollstationär Versorgten ist um +4,6% (31 000) gestiegen; Die Pflege zu Hause verzeichnet eine Zunahme um +5,4% (83 000). Überdurchschnittlich hoch ist dabei die Zunahme bei den durch ambulante Dienste Betreuten um +10,1% (51 000). Die Zahl der „reinen“ Pflegegeldempfänger/-innen nahm um +3,1% (32 000) zu.

Im **Vergleich zu 1999** hat die Zahl der Pflegebedürftigen insgesamt um +16,0% bzw. 322 000 zugenommen. Bei dieser langfristigen Betrachtung hat die vollstationäre Pflege im Heim an Bedeutung gewonnen: Die Anzahl der in Heimen vollstationär Versorgten ist um +27,5% (155 000) gestiegen, während die Zahl der zu Hause Versorgten in diesem Zeitraum um +12,3% (178 000) anstieg. Bei der Pflege zu Hause ist zudem bei den ambulanten Pflegediensten mit +33,7% (140 000 Pflegebedürftigen) ein deutlich höheres Wachstum als für die Pflegegeldempfänger/-innen (+3,7% bzw. 38 000) zu verzeichnen. Diese langfristige Betrachtung zeigt somit eine Verschiebung hin zur professionellen Pflege in Pflegeheimen und durch ambulante Pflegedienste (*siehe auch Tabelle 4*).

---

<sup>1</sup> Zur etwas eingeschränkten Vergleichbarkeit der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen mit früheren Erhebungen bietet der Exkurs auf Seite 27 Hintergrundinformationen. Eine anders ermittelte Veränderungsrate, die auf eine Einberechnung der teilstationären Pflege bei der Gesamtzahl auch rückwirkend für 2007 verzichtet würde, läge bei rund 5,2% bzw. 115 000 Pflegebedürftige. Diese Rate wäre wiederum wohl etwas zu hoch, da bei diesem Vergleich die Entwicklung bei den Empfänger(n)/-innen von ausschließlich teilstationären Leistungen nicht berücksichtigt ist.

### Pflegebedürftige zu Hause und im Heim im Vergleich

Von den im Dezember 2009 zu Hause Versorgten waren 63% Frauen. Der **Frauenanteil** bei den vollstationär im Heim Versorgten war mit 75% deutlich höher.

Die vollstationär im Heim betreuten Frauen und Männer waren **älter** als die zu Hause Gepflegten: Bei diesen Heimbewohnern waren ungefähr die Hälfte (49%) 85 Jahre und älter, bei den zu Hause Versorgten ca. ein Viertel (29%). **Schwerstpflegebedürftige** wurden zudem eher im Heim vollstationär betreut: Der Anteil der Pflegebedürftigen der Stufe III (höchste Pflegestufe) betrug im Heim 20% – bei den zu Hause Versorgten 9% (*siehe Tabelle 1.1*).

### Während bei den 70- bis unter 75-Jährigen „nur“ jeder zwanzigste (5%) pflegebedürftig war, beträgt die Quote für die ab 90-Jährigen 59%

Mit zunehmendem **Alter** sind Menschen in der Regel eher pflegebedürftig. Während bei den 70- bis unter 75-Jährigen „nur“ jeder zwanzigste (5%) pflegebedürftig war, wurde für die ab 90-Jährigen die höchste Pflegequote ermittelt: Der Anteil der Pflegebedürftigen an allen Menschen dieser Altersgruppe betrug dabei 59%. Auffallend ist, dass Frauen ab ca. dem achtzigsten Lebensjahr eine deutlich höhere Pflegequote aufwiesen – also eher pflegebedürftig sind als Männer dieser Altersgruppen. So beträgt z.B. bei den 85- bis unter 90-jährigen Frauen die Pflegequote 42%, bei den Männern gleichen Alters hingegen „nur“ 28% (*siehe Tabelle 1.2*). Neben Unterschieden in der gesundheitlichen Entwicklung bei Frauen und Männern kann ein Faktor für diesen Verlauf der Pflegequoten auch das differierende Antragsverhalten bei Männern und Frauen sein: Ältere Frauen leben häufiger alleine. Bei Pflegebedarf kann schneller die Notwendigkeit bestehen, einen Antrag auf Leistungen zu stellen, während die pflegebedürftigen Männer häufig z. B. zuerst von ihren Frauen versorgt werden. Entsprechend wird zunächst auf eine Antragstellung verzichtet.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Literatur zu diesem Thema siehe: Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010): „Demografischer Wandel – Heft 2, Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern“, S. 25.

# Pflegebedürftige

Tab 1.1 Pflegebedürftige nach Art der Versorgung zum Jahresende 2009

Pflegebedürftige nach Art der Versorgung	Pflegebedürftige			Pflegestufe			bisher ohne Zuordnung	Anteil an Pflegebedürftigen insgesamt	jeweiliger Anteil der Pflegestufe III
	insgesamt	Veränderungen zu 2007	darunter: weiblich	I	II	III <sup>1</sup>			
	Anzahl	%	Anzahl			%			
Pflegebedürftige zu Hause versorgt . . . . .	1 620 762	5,4	63,4	983 399	491 102	146 261	–	69,3	9,0
davon:									
allein durch Angehörige <sup>2</sup>	1 065 564	3,1	61,0	680 671	303 111	81 782	–	45,6	7,7
zusammen mit/durch ambulante Pflegedienste	555 198	10,1	68,2	302 728	187 991	64 479	–	23,7	11,6
Pflegebedürftige vollstationär in Heimen . . . . .	717 490	4,6	75,0	264 165	295 916	146 835	10 574	30,7	20,5
<b>Insgesamt . . . . .</b>	<b>2 338 252</b>	<b>4,1</b>	<b>67,0</b>	<b>1 247 564</b>	<b>787 018</b>	<b>293 096</b>	<b>10 574</b>	<b>100,0</b>	<b>12,5</b>
<i>Veränderungen zu 2007 in % . . . . .</i>				7,8	– 0,1	0,5	– 2,4		

1 Einschl. Härtefälle.

2 Entspricht den Empfänger(n)/-innen von ausschließlich Pflegegeld nach § 37 SGB XI. Empfänger/-innen von Kombinationsleistungen nach § 38 SGB XI sind dagegen in den ambulanten Pflegediensten enthalten.

Tab 1.2 Pflegebedürftige nach Alter und Pflegequote zum Jahresende 2009

Alter von ... bis unter ... Jahren	Pflegebedürftige					Pflegequote <sup>3</sup>			Bevölkerung		
	insgesamt	Veränderungen zu 2007	davon		darunter: weiblich	insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich
			zu Hause versorgt	vollstationär in Heimen							
Anzahl	%	Anzahl			%			Anzahl			
Unter 15 . . . . .	66 474	5,2	66 116	358	30 885	0,6	0,6	0,6	11 022 634	5 654 417	5 368 217
15 – 60 . . . . .	256 336	1,4	222 169	34 167	124 828	0,5	0,5	0,5	49 570 287	25 130 915	24 439 372
60 – 65 . . . . .	71 370	2,6	55 464	15 906	34 909	1,7	1,7	1,6	4 307 594	2 118 460	2 189 134
65 – 70 . . . . .	129 687	– 6,9	98 605	31 082	64 240	2,7	2,8	2,5	4 880 509	2 345 401	2 535 108
70 – 75 . . . . .	224 803	9,9	168 615	56 187	122 603	4,7	4,7	4,8	4 739 924	2 187 216	2 552 708
75 – 80 . . . . .	306 923	1,1	224 368	82 554	190 444	9,9	8,8	10,7	3 100 616	1 327 478	1 773 138
80 – 85 . . . . .	460 129	4,9	313 491	146 638	327 628	19,9	15,7	22,3	2 311 895	844 367	1 467 528
85 – 90 . . . . .	509 383	13,9	309 027	200 356	407 388	38,0	28,3	41,6	1 338 934	360 488	978 446
90 und mehr . . . . .	313 149	– 4,5	162 906	150 243	263 558	59,1	36,8	66,7	529 864	134 864	395 000
<b>Insgesamt . . . . .</b>	<b>2 338 252</b>	<b>4,1</b>	<b>1 620 762</b>	<b>717 490</b>	<b>1 566 482</b>	<b>2,9</b>	<b>1,9</b>	<b>3,8</b>	<b>81 802 257</b>	<b>40 103 606</b>	<b>41 698 651</b>

<sup>3</sup> Die Pflegequote beschreibt den Anteil der Pflegebedürftigen an der jeweiligen Bevölkerungsgruppe. So wird die Pflegequote für die Frauen im Alter von 70 bis unter 75 Jahren wie folgt ermittelt: 122 603/2 552 708 = 4,8 %.

### 2 Situation in den ambulanten Pflegediensten am 15.12.2009

#### 12 000 ambulante Dienste – 62% in privater Trägerschaft

Von den insgesamt 12 000 zugelassenen ambulanten Pflegediensten befand sich die Mehrzahl in **privater Trägerschaft** (7 400 bzw. 62%); der Anteil der freigemeinnützigen Träger (z. B. DIAKONIE oder CARITAS) betrug 37%. Öffentliche Träger hatten – entsprechend dem Vorrang der anderen Träger nach dem SGB XI – einen Anteil von lediglich 2%.

Fast alle ambulanten Pflegedienste (97%) boten neben den Leistungen nach SGB XI auch **häusliche Krankenpflege** oder Hilfe nach dem SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) an. 9% der Pflegedienste waren organisatorisch an Wohneinrichtungen angeschlossen; 6% an ein Pflegeheim (*siehe Tabelle 2.1*).

#### Im Schnitt betreute ein Pflegedienst 46 Pflegebedürftige

Im Schnitt betreute ein Pflegedienst 46 Pflegebedürftige. Die privaten Dienste waren kleiner – hier wurden 35 Pflegebedürftige je ambulanten Dienst betreut. Die Pflegedienste unter freigemeinnütziger Trägerschaft versorgten dagegen im Durchschnitt ungefähr doppelt so viele Pflegebedürftige (64 je ambulanten Dienst) (*siehe Tabelle 2.2*).

#### 269 000 Beschäftigte: Mehrheit (71%) war teilzeitbeschäftigt, 87% weiblich

Insgesamt arbeiteten in den ambulanten Pflegediensten 269 000 Personen im Rahmen des SGB XI. (Dies entspricht bei einer Gewichtung nach der jeweiligen Arbeitszeit ungefähr 177 000 Vollzeitäquivalenten). Die Mehrzahl der beschäftigten Personen (87%) war weiblich.

Die Mehrheit des Personals (71%) war **teilzeitbeschäftigt**. Jeder vierte (27%) Beschäftigte arbeitete Vollzeit; 2 100 junge Männer leisteten in den ambulanten Pflegediensten ihren Zivildienst (1%). Die restlichen Arbeitskräfte (2%) waren Auszubildende, Praktikante(n)/-innen oder Helfer/-innen im freiwilligen sozialen Jahr.

Der Haupteinsatzbereich des Personals war die **Grundpflege**: Hier hatten zwei Drittel (70%) der Beschäftigten ihren Arbeitsschwerpunkt. Als Pflegedienstleitung fungierte 6% des Personals; ein Siebtel (14%) des Personals erbrachte hauswirtschaftliche Versorgung; jeder zwanzigste (5%) Mitarbeiter war für die Verwaltung oder Geschäftsführung des Dienstes tätig.

Ausschließlich für den Pflegedienst im Rahmen des Pflegeversicherungsgesetzes (**SGB XI**) arbeitete lediglich 22% des Personals. Die anderen waren zu einem gewissen Anteil auch für **andere Bereiche**, d. h. außerhalb der Leistungen nach dem Pflegegesetz – z. B. der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V – tätig (*siehe Tabelle 2.3*).

Die Pflegestatistik bietet außerdem Informationen über die **Berufsabschlüsse**, insbesondere in den Pflege- und Heilberufen. Die meisten in den ambulanten Pflegediensten Beschäftigten hatten dabei eine Ausbildung als Gesundheits- und Krankenpfleger/-in oder Altenpfleger/-in. So hatte die Mehrzahl (63%) von den in der Grundpflege Tätigen entweder einen Abschluss als Gesundheits- und Krankenpfleger/-in (35%), Altenpfleger/-in (25%) oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in (3%). Bezieht man die Pflegedienstleitung ein, dann hatten 65% der in diesen beiden Bereichen Tätigen einen entsprechenden Abschluss (*siehe Tabelle 2.4*).

## Situation in den ambulanten Pflegediensten

---

**Gegenüber 2007 hat die Bedeutung der Versorgung durch die ambulanten Dienste zugenommen: 10% mehr Pflegebedürftige versorgt**

Die Zahl der **ambulanten Dienste** stieg im Vergleich zu 2007 um +4,3% bzw. 500 Einrichtungen; die Zahl der ambulant Versorgten nahm um +10,1% bzw. 51 000 zu. Überdurchschnittlich ist auch hier der Anstieg (38 000 bzw. 14,4%) bei den **Pflegebedürftigen** der Pflegestufe I (*siehe Tabellen 1.1 und 2.1 sowie Tabelle 4*).

Die **Personalzahl** stieg im gleichen Zeitraum um +13,9% bzw. 33 000 Beschäftigte. Starke Anstiege sind dabei sowohl bei den Teilzeit- (+22 000 bzw. 13,3%) als auch bei den Vollzeitbeschäftigten (+10 000 bzw. 15,3%) festzustellen.

Bei einer Betrachtung nach Berufsabschlüssen ist bei den Altenpflegern und Altenpflegerinnen ein Wachstum von 17,6% bzw. 8 000 Beschäftigten zu verzeichnen. Bei den Gesundheits- und Krankenpflegern und -pflegerinnen fällt das Wachstum mit 5,0% bzw. 4 000 Beschäftigten etwas unterdurchschnittlich aus. Eine starke Zunahme ist bei den sonstigen Berufsabschlüssen mit 12 000 Beschäftigten bzw. 31,7% festzustellen. Die sonstigen Berufsabschlüsse sind in der Regel nicht direkt pflegebezogen (*siehe Tabellen 2.3 und 2.4 sowie Tabelle 4*).

## Situation in den ambulanten Pflegediensten

Tab 2.1 Art (Angebot der Einrichtung) und Träger am 15.12.2009

Art der Pflegedienste	Pflegedienste insgesamt	Davon nach dem Träger der Dienste						
		private Träger	freigemeinnützige Träger			öffentliche Träger		
			zusammen	Träger der freien Wohlfahrts-pflege	sonstige gemein-nützige Träger	zusammen	kommunale Träger	sonstige öffentliche Träger
<b>Pflegedienste insgesamt</b> . . . . .	<b>12 026</b>	<b>7 398</b>	<b>4 433</b>	<b>4 075</b>	<b>358</b>	<b>195</b>	<b>164</b>	<b>31</b>
Veränderungen zu 2007 in % . . . . .	4,3	7,2	0,0	- 0,9	10,2	2,2	- 6,3	96,1
und zwar:								
mit anderen Sozialleistungen (gemischte Einrichtungen) . . . . .	11 950	7 333	4 422	4 065	357	195	164	31
und zwar:								
häusliche Krankenpflege oder Haus- haltungshilfe nach SGB V . . . . .	11 694	7 156	4 347	4 007	340	191	161	30
Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII . . . .	7 311	4 357	2 848	2 645	203	105	89	16
sonstige ambulante Hilfeleistungen . . .	5 396	2 489	2 821	2 626	195	86	72	14
als eigenständiger Dienst an einer Wohnrichtung (Altenheim, Alten- wohnheim, betreutes Wohnen) . . . . .	1 090	516	544	472	73	29	24	5
als eigenständiger Dienst an einer sonstigen Einrichtung (z.B. einem Krankenhaus . . . . .	225	50	145	127	17	30	22	8
eigenständige Dienste an einem Pflegeheim (mehrgliedrige Einrichtungen) .	711	303	382	329	54	26	23	3

Tab 2.2 Größe der Dienste nach Träger - Pflegebedürftige je Pflegedienst am 15.12.2009

Pflegedienste mit ... bis ... Pflegebedürftigen ----- Pflegebedürftige je Pflegedienst	Pflegedienste							
	insge- samt	jeweiliger Anteil an insgesamt	private Träger	jeweiliger Anteil an privaten	freige- mein- nützige Träger	jeweiliger Anteil an freige- mein- nützigen	öffentli- che Träger	jeweiliger Anteil an öffentlichen
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Pflegedienste nach Größenklassen								
1 -..10 . . . . .	1 058	8,8	890	12,0	153	3,4	15	7,8
11 -..15 . . . . .	878	7,3	712	9,6	155	3,5	11	5,7
16 -..20 . . . . .	1 082	9,0	867	11,7	206	4,7	8	4,1
21 -..25 . . . . .	1 071	8,9	828	11,2	231	5,2	12	6,2
26 -..35 . . . . .	1 876	15,6	1 310	17,7	527	11,9	38	19,7
36 -..50 . . . . .	2 186	18,2	1 316	17,8	834	18,8	35	18,1
51 -..70 . . . . .	1 679	14,0	818	11,1	831	18,7	30	15,5
71 -100 . . . . .	1 213	10,1	402	5,4	783	17,7	28	14,5
101 -150 . . . . .	709	5,9	201	2,7	498	11,2	10	5,2
151 und mehr . . . . .	274	2,3	53	0,7	216	4,9	6	3,1
<b>Insgesamt</b> . . . . .	<b>12 026</b>	<b>100,0</b>	<b>7 398</b>	<b>100,0</b>	<b>4 433</b>	<b>100,0</b>	<b>195</b>	<b>100,0</b>
Pflegebedürftige je Pflegedienst								
Pflegebedürftige je Pflegedienst . . . . .	46		35		64		51	

## Situation in den ambulanten Pflegediensten

Tab 2.3 Personal nach Beschäftigungsverhältnis, Tätigkeitsbereich und Arbeitsanteil für den Pflegedienst am 15.12.2009

Beschäftigungsverhältnis / Tätigkeitsbereich	Personal insgesamt	Veränder- ungen zu 2007	Anteil an Personal insgesamt	Davon nach dem Arbeitsanteil für den Pflegedienst nach SGB XI				
				100%	75% bis unter 100%	50% bis unter 75%	25% bis unter 50%	unter 25%
		%						
<b>Personal insgesamt</b> . . . . .	<b>268 891</b>	<b>13,9</b>	<b>100,0</b>	<b>60 273</b>	<b>64 180</b>	<b>72 051</b>	<b>31 075</b>	<b>41 311</b>
<i>Anteil an Gesamtpersonal in %</i> . . . . .				22,4	23,9	26,8	11,6	15,4
<b>Beschäftigungsverhältnis</b>								
Vollzeitbeschäftigt . . . . .	71 964	15,3	26,8	19 738	15 330	17 789	7 682	11 424
Teilzeitbeschäftigt . . . . .								
– über 50% . . . . .	89 052	14,5	33,1	17 187	27 849	28 012	8 741	7 263
– 50% und weniger, aber								
nicht geringfügig beschäftigt . . . . .	40 279	9,8	15,0	7 586	8 822	13 111	6 253	4 507
– geringfügig beschäftigt . . . . .	60 496	14,1	22,5	13 694	10 883	11 961	7 586	16 372
Praktikant/-in, Schüler/-in, Auszubildende/-r	4 492	29,7	1,7	1 449	1 073	848	441	681
Helfer/-in im freiwilligen sozialen Jahr . . . .	545	- 8,9	0,2	155	57	71	69	194
Zivildienstleistender . . . . .	2 062	- 7,0	0,8	464	167	259	303	869
<b>Überwiegender Tätigkeitsbereich im Pflegedienst</b>								
Pflegedienstleitung . . . . .	15 695	5,6	5,8	2 895	2 150	4 081	2 325	4 244
Grundpflege . . . . .	187 710	14,8	69,8	41 806	53 215	57 998	19 508	15 181
hauswirtschaftliche Versorgung . . . . .	36 602	10,4	13,6	11 260	6 479	5 629	4 927	8 307
Verwaltung, Geschäftsführung . . . . .	13 161	6,6	4,9	1 694	1 189	2 515	1 779	5 984
sonstiger Bereich . . . . .	15 723	28,5	5,8	2 618	1 146	1 827	2 536	7 595

## Situation in den ambulanten Pflegediensten

Tab 2.4 Personal nach Berufsabschluss und Tätigkeitsbereich am 15.12.2009

Berufsabschluss	Personal insgesamt	Veränderungen zu 2007	Davon nach dem überwiegenden Tätigkeitsbereich im Pflegedienst						Anteil an Personal insgesamt	darunter:		
			Pflegerdienstleitung	Grundpflege	jeweiliger Anteil an Grundpflege	hauswirtschaftliche Versorgung	Verwaltung, Geschäftsführung	sonstiger Bereich		weiblich	Vollzeit*)	ausschließlich nach SGB XI tätig
staatlich anerkannte/-r Altenpfleger/-in . . . . .	52 889	17,6	3 508	46 687	24,9	435	842	1 418	19,7	86,4	35,3	15,7
staatlich anerkannte/-r Altenpflegehelfer/-in . . . . .	8 555	40,8	127	7 648	4,1	555	57	168	3,2	90,0	25,7	29,6
Gesundheits- und Krankenpfleger/-in . . . . .	82 055	5,0	10 462	65 363	34,8	713	2 157	3 359	30,5	88,5	32,1	12,5
Krankenpflegehelfer/-in . . . . .	11 704	14,9	49	10 304	5,5	1 057	110	183	4,4	90,4	26,4	31,4
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in . . . . .	7 737	6,1	861	6 018	3,2	89	186	583	2,9	97,6	32,2	11,4
Heilerziehungspfleger/-in, Heilerzieher/-in . . . . .	1 127	31,2	21	893	0,5	86	18	108	0,4	82,0	29,5	30,5
Heilerziehungspflegehelfer/-in . . . . .	257	29,2	2	187	0,1	33	4	30	0,1	75,2	26,8	31,5
Heilpädagogin, Heilpädagoge . . . . .	78	- 23,6	3	44	0,0	6	7	18	0,0	84,4	32,5	26,0
Ergotherapeut/-in . . . . .	470	58,1	3	264	0,1	30	14	158	0,2	88,1	29,5	29,1
Physiotherapeut/-in (Krankengymnast/-in) . . . . .	209	- 51,4	5	127	0,1	26	17	33	0,1	83,6	18,8	25,6
sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe . . . . .	3 464	22,2	23	2 428	1,3	442	382	188	1,3	92,7	19,7	24,5
sozialpädagogischer/sozialarbeiterischer Berufsabschluss . . . . .	1 553	1,2	31	546	0,3	134	377	464	0,6	80,3	31,5	22,1
Familienpfleger/-in mit staatlichem Abschluss . . . . .	1 565	5,8	4	1 097	0,6	367	16	81	0,6	97,8	25,1	28,4
Dorfhelfer/-in mit staatlichem Abschluss . . . . .	138	- 31,5	5	55	0,0	65	8	5	0,1	97,8	14,0	27,9
Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung an einer Fachhochschule oder Universität . . . . .	1 067	- 45,1	397	270	0,1	46	270	84	0,4	73,2	58,2	18,6
sonstiger pflegerischer Beruf . . . . .	21 643	27,0	58	17 002	9,1	3 813	211	560	8,0	92,0	17,9	42,0
Fachhauswirtschaftler/-in für ältere Menschen . . . . .	1 083	- 25,4	3	322	0,2	720	14	23	0,4	97,8	19,8	29,0
sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss . . . . .	6 608	- 27,3	8	1 730	0,9	4 412	219	239	2,5	95,5	15,0	30,5
sonstiger Berufsabschluss . . . . .	48 668	31,7	120	17 169	9,1	17 999	7 820	5 559	18,1	85,5	16,5	30,3
ohne Berufsabschluss/noch in Ausbildung . . . . .	18 022	20,0	4	9 556	5,1	5 572	429	2 460	6,7	74,9	17,7	33,3
<b>Insgesamt . . . . .</b>	<b>268 891</b>	<b>13,9</b>	<b>15 695</b>	<b>187 710</b>	<b>100,0</b>	<b>36 602</b>	<b>13 161</b>	<b>15 723</b>	<b>100,0</b>	<b>87,5</b>	<b>26,8</b>	<b>22,4</b>

\*) Vollzeitbeschäftigte ohne Auszubildende, Helfer/-innen im freiwilligen sozialen Jahr und Zivildienstleistende.



## Situation in den ambulanten Pflegediensten

Tab 2.5 Personal (geschätzte Vollzeitäquivalente) nach Berufsabschluss und Tätigkeitsbereich am 15.12.2009

Berufsabschluss	Personal insgesamt	Veränderungen zu 2007	Davon nach dem überwiegenderen Tätigkeitsbereich im Pflegedienst						Anteil an Personal insgesamt	darunter: weiblich
			Pflegedienstleitung	Grundpflege	jeweiliger Anteil an Grundpflege	hauswirtschaftliche Versorgung	Verwaltung, Geschäftsführung	sonstiger Bereich		
			Anzahl	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl		
staatlich anerkannte/-r Altenpfleger/-in . . . . .	39 715	18,4	3 316	34 364	27,6	272	750	1 014	22,5	85,1
staatlich anerkannte/-r Altenpflegehelfer/-in . . . . .	5 953	40,8	114	5 346	4,3	342	48	103	3,4	89,0
Gesundheits- und Krankenpfleger/-in . . . . .	54 775	4,6	9 927	40 511	32,6	374	1 878	2 086	31,0	87,2
Krankenpflegehelfer/-in . . . . .	8 010	16,7	37	7 079	5,7	696	88	108	4,5	89,4
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in . . . . .	5 166	5,2	817	3 804	3,1	49	156	340	2,9	97,2
Heilerziehungspfleger/-in; Heilerzieher/-in . . . . .	793	37,7	18	640	0,5	55	16	64	0,4	81,0
Heilerziehungspflegehelfer/-in . . . . .	174	29,9	2	125	0,1	24	3	18	0,1	71,5
Heilpädagogin, Heilpädagoge . . . . .	53	- 25,9	3	28	0,0	3	5	13	0,0	84,6
Ergotherapeut/-in . . . . .	321	60,4	3	180	0,1	19	11	108	0,2	88,6
Physiotherapeut/-in (Krankengymnast/-in) . . . . .	129	- 50,6	3	77	0,1	15	13	20	0,1	81,1
sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe . . . . .	2 088	24,7	22	1 485	1,2	217	272	91	1,2	91,8
sozialpädagogischer/sozialarbeiterischer Berufsabschluss . . . . .	1 061	1,6	28	347	0,3	71	306	310	0,6	78,3
Familienpfleger/-in mit staatlichem Abschluss . . . . .	1 106	5,5	4	803	0,6	234	12	54	0,6	97,8
Dorfhelfer/-in mit staatlichem Abschluss . . . . .	79	- 40,7	5	31	0,0	34	6	2	0,0	96,2
Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung an einer Fachhochschule oder Universität . . . . .	869	- 37,9	372	186	0,1	23	230	57	0,5	70,8
sonstiger pflegerischer Beruf . . . . .	13 874	31,1	40	11 161	9,0	2 230	156	285	7,8	91,0
Fachhauswirtschaftler/-in für ältere Menschen . . . . .	707	- 19,3	1	228	0,2	455	10	13	0,4	97,1
sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss . . . . .	3 812	- 28,0	5	1 180	0,9	2 350	146	133	2,2	94,4
sonstiger Berufsabschluss . . . . .	27 359	31,8	96	10 737	8,6	8 402	5 374	2 749	15,5	83,3
ohne Berufsabschluss/noch in Ausbildung . . . . .	10 811	19,2	3	5 975	4,8	2 959	283	1 591	6,1	70,4
<b>Insgesamt . . . . .</b>	<b>176 856</b>	<b>14,1</b>	<b>14 818</b>	<b>124 289</b>	<b>100,0</b>	<b>18 825</b>	<b>9 763</b>	<b>9 161</b>	<b>100,0</b>	<b>86,0</b>
Veränderungen zu 2007 in % . . . . .			6,2	16,1		9,3	7,1	19,6		

### 3 Situation in den Pflegeheimen am 15.12.2009

#### Rund 11 600 Pflegeheime – 55% in freigemeinnütziger Trägerschaft

Bundesweit gab es im Dezember 2009 rund 11 600 nach SGB XI zugelassene voll- bzw. teilstationäre Pflegeheime. Die Mehrzahl der Heime (55% bzw. 6 400) befand sich in freigemeinnütziger **Trägerschaft** (z. B. DIAKONIE oder CARITAS); der Anteil der Privaten betrug 40% – er liegt somit niedriger als im ambulanten Bereich. Öffentliche Träger haben, wie im ambulanten Bereich, den geringsten Anteil (5%).

Bei jedem fünften (20%) Heim war neben dem Pflegebereich auch ein **Altenheim** oder **betreutes Wohnen** organisatorisch angeschlossen. Im Altenheim werden hauptsächlich ältere Menschen betreut, die keine Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten (*siehe Tabelle 3.1*).

In der deutlichen Mehrheit (93%) der Heime wurden **überwiegend ältere Menschen** versorgt; in 2% der Heime vor allem behinderte Menschen. Bei 3% der Heime stand die geronto-psychiatrische bzw. die Versorgung psychisch Kranker im Mittelpunkt. Bei 2% der Heime wurden überwiegend Schwerkranke oder Sterbende versorgt.

#### Im Schnitt betreute ein Pflegeheim 64 Pflegebedürftige

Im Schnitt betreute ein Pflegeheim 64 **Pflegebedürftige**; auch hier im stationären Bereich betreiben die privaten Träger eher kleine Einrichtungen: Im Mittel wurden in den privaten Heimen 55 Pflegebedürftige betreut; hingegen bei den freigemeinnützigen 70 Pflegebedürftige und den öffentlichen Heimen 79 (*siehe Tabelle 3.2*).

Die meisten Heime (10 400) boten **vollstationäre Dauerpflege** an. Das Angebot der anderen Heime setzt sich entweder aus Kurzzeitpflege und/oder Tages- sowie Nachtpflege zusammen. Auch hinsichtlich der Zahl der Plätze dominiert die Dauerpflege – von den insgesamt 845 000 Plätzen entfallen 808 000 (96%) auf die vollstationäre Dauerpflege. Die meisten Plätze bei der Dauerpflege (468 000) befanden sich dabei in **1-Bett-Zimmern**; 332 000 Plätze waren in 2-Bettzimmern. Das Platzangebot im Dauerpflegebereich war dabei zu 87% mit Pflegebedürftigen mit Pflegestufe nach dem SGB XI **ausgelastet**. Vollstationäre Dauerpflege erhielten folglich zum 15.12.2009 insgesamt 700 000 Pflegebedürftige. Nicht einbezogen in die Erhebung sind dabei Bewohner der so genannten Pflegestufe „0“. Bewohner der Pflegestufe 0 weisen i. d. R. einen Hilfebedarf unterhalb der Leistungsvoraussetzung nach Pflegestufen der Pflegeversicherung auf. Kurzzeitpflege erhielten 18 000 Pflegebedürftige; Tagespflege 31 000; Nachtpflege lediglich 24 Pflegebedürftige (*siehe Tabellen 3.3 und 3.4*).

#### Monatliche Vergütung für Pflege sowie Unterkunft und Verpflegung in der Pflegeklasse III beträgt rund 2 866 Euro

Der Pflegesatz für vollstationäre Dauerpflege in der Pflegeklasse III betrug im Durchschnitt rund 74 Euro pro Tag; der für Unterkunft und Verpflegung 20 Euro pro Tag. Monatlich sind somit für Pflege und Unterbringung in der höchsten Pflegestufe an das Heim ca. 2 866 Euro als **Vergütung** zu entrichten. (Die Berechnung des Monatsbetrags erfolgt hier mit 30,4 Tagessätzen). Hinzukommen können weitere Ausgaben für Zusatzleistungen und gesondert berechenbare Investitionsaufwendungen (*siehe Tabelle 3.4*).

#### 621 000 Beschäftigte: Mehr als die Hälfte (59%) Teilzeitkräfte, 85% weiblich

In den Heimen waren insgesamt 621 000 Personen beschäftigt. (Dies entspricht bei einer Gewichtung nach der jeweiligen Arbeitszeit ungefähr 453 000 Vollzeitäquivalenten). Die Mehrzahl (85%) der beschäftigten Personen war weiblich.

## Situation in den Pflegeheimen

---

Ein Drittel (33%) der Beschäftigten arbeitete Vollzeit – also ein etwas höherer Anteil als im ambulanten Bereich. **Teilzeitkräfte** machten mehr als die Hälfte (59%) der Beschäftigten aus. Auszubildende, Praktikant(en)/-innen und Schüler/-innen hatten im stationären Bereich eine stärkere Bedeutung als im ambulanten Bereich: Sie stellten 34 000 bzw. 6% der Beschäftigten; den Zivildienst leisteten 7 000 junge Männer (1%).

Die meisten Beschäftigten hatten ihren Arbeitsschwerpunkt im Bereich **Pflege und Betreuung**: 66% der Beschäftigten wurden hier eingesetzt. Jeder Sechste (17%) arbeitete in der Hauswirtschaft; auf Verwaltung, Haustechnik und sonstige Bereiche entfielen zusammen 9% der Beschäftigten; zur sozialen Betreuung war 4% des Personals vorgesehen. Weitere 3% waren überwiegend für zusätzliche Betreuung und Aktivierung nach § 87b SGB XI (sogenannte Betreuungsassistenz) eingesetzt.

Ausschließlich für das Pflegeheim im Rahmen des **SGB XI** arbeiteten 437 000 Beschäftigte (70%) – ein bedeutend höherer Anteil als im ambulanten Bereich. Die übrigen Beschäftigten waren zum gewissen Anteil auch für andere Bereiche der Einrichtung (z. B. den Altenheimbereich) tätig.

Auch in den Heimen waren Altenpfleger/-in oder Gesundheits- und Krankenpfleger/-in die wichtigsten **Ausbildungsabschlüsse**. Zusammen hatte von den im Bereich Pflege und Betreuung Tätigen fast jeder Zweite (47%) entweder einen Abschluss als Altenpfleger/-in (33%), Gesundheits- und Krankenpfleger/-in (13%) oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in (1%) (*siehe Tabellen 3.5 und 3.6*). 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 soziale Betreuung) eingesetzten Personen insgesamt rund 50% Fachkräfte, bei einer Betrachtung nach geschätzten Vollzeitäquivalenten 53%. Als Fachkraft wurden dabei Beschäftigte gezählt, die in der Regel eine mehrjährige spezifische Ausbildung aufweisen; dabei werden z. B. Altenpfleger/-innen als Fachkraft gezählt, Altenpflegehelfer/-innen hingegen nicht (*siehe Tabellen 3.5 und 3.6*).

### **Gegenüber 2007 auch weiter Wachstum bei der stationären Versorgung: Knapp 6% mehr Pflegebedürftige teil- oder vollstationär versorgt.**

Gegenüber 2007 ist bei der stationären Versorgung insgesamt ein Wachstum zu verzeichnen: Die Zahl der **Heime** stieg um +5,5% bzw. rund 600 Einrichtungen; die Zahl der Heime mit vollstationärer Dauerpflege um +4,7% bzw. 500. Die Zahl der zugelassenen **Plätze** nahm insgesamt um +5,8% (46 000 Plätze) zu; die Plätze für vollstationäre Dauerpflege um +5,5% (42 000 Plätze). Weiterhin an Bedeutung gewinnen die Plätze in **1-Bett Zimmern** (+ 9,6% bzw. 41 000 Plätze bei der Dauerpflege) (*siehe Tabellen 3.1 und 3.3 sowie Tabelle 4*).

Bei den stationär versorgten **Pflegebedürftigen** ist insgesamt ein Anstieg um +5,6% (40 000 Pflegebedürftige) zu verzeichnen. Die Zahl der **vollstationär** Versorgten nahm dabei um +4,6% bzw. 31 000 zu (die vollstationäre Dauerpflege um 4,3%). Die Zahl der **teilstationär** Versorgten nahm überdurchschnittlich um +35,2% (8 000) zu (*siehe Tabelle 3.4*).

Das Wachstum fand auch stationär im stärksten Umfang bei den Pflegebedürftigen der Pflegestufe I statt (25 000 Personen bzw. +9,7%).

Das **Personal** stieg im gleichen Zeitraum um +8,3% bzw. 48 000 Personen. Ein starker Anstieg fand bei den Teilzeitkräften, die mehr als „halbtags“ tätig sind, um 28 000 Beschäftigte bzw. +15,1% statt. Die Zahl der Vollzeitbeschäftigten hat hingegen nur unterdurchschnittlich um +2,2% bzw. 4 000 Personen zugenommen.

## Situation in den Pflegeheimen

---

Bei einer Betrachtung nach Berufsabschlüssen ist bei den Altenpflegern und Altenpflegerinnen ein Wachstum von +5,5% bzw. 7 000 Beschäftigten zu verzeichnen. Bei den Gesundheits- und Krankenpflegern sowie -pflegerinnen ist die Anzahl um –4,0% bzw. 2 000 Beschäftigten gesunken. Eine relativ starke Zunahme ist bei den sonstigen Berufsabschlüssen mit 22 000 Beschäftigten bzw. 15,9% festzustellen. Die sonstigen Berufsabschlüsse sind in der Regel nicht direkt pflegebezogen (*siehe Tabellen 3.5 und 3.6 sowie 4*).

# Situation in den Pflegeheimen

Tab 3.1 Organisation (Angebot der Einrichtung) und Träger am 15.12.2009

Organisationsform der Pflegeheime	Pflegeheime insgesamt	Davon nach dem Träger der Einrichtung						
		private Träger	freigemeinnützige Träger			öffentliche Träger		
			zusammen	Träger d. freien Wohlfahrtspflege	sonstige gemeinnützige Träger	zusammen	kommunale Träger	sonstige öffentliche Träger
<b>Pflegeheime insgesamt</b> . . . . .	<b>11 634</b>	<b>4 637</b>	<b>6 373</b>	<b>5 581</b>	<b>792</b>	<b>624</b>	<b>552</b>	<b>73</b>
<i>Veränderungen zu 2007 in %</i> . . . . .	5,5	7,3	5,0	5,3	2,8	- 1,7	2,7	- 25,9
und zwar:								
mit anderen Sozialleistungen (gemischte Einrichtungen) . . . . .	3 144	1 011	1 917	1 677	240	216	181	35
und zwar:								
sonstige ambulante Hilfeleistungen . . . . .	698	277	391	328	64	29	27	2
in Anbindung an eine Wohneinrichtung (Altenheim, Altenwohnheim, betreutes Wohnen) . . . . .	2 380	722	1 531	1 353	178	127	108	19
in Anbindung an sonstige Einrichtungen (z.B. ein Krankenhaus) . . . . .	523	124	292	226	67	107	80	27
mit medizinischer Versorgung nach SGB V durch im Heim beschäftigte/-n Ärztin/Arzt. . . . .	63	30	28	26	2	4	1	3
Pflegeheim mit angeschlossenem ambulanten Pflegedienst (mehrgliedrige Einrichtung) . . . . .	1 262	502	697	605	92	63	57	5
Pflegeheim mit vollstationärer Dauerpflege . . . . .	10 384	4 184	5 632	4 916	716	568	499	69

Tab 3.2 Größe der Heime nach Träger - Pflegebedürftige je Pflegeheim am 15.12.2009

Pflegeheime mit ... bis ... Pflegebedürftigen ----- Pflegebedürftige je Pflegeheim	Pflegeheime							
	insgesamt	jeweiliger Anteil an insgesamt	private Träger	jeweiliger Anteil an privaten	freigemeinnützige Träger	jeweiliger Anteil an freigemeinnützigen	öffentliche Träger	jeweiliger Anteil an öffentlichen
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
Pflegeheime nach Größenklassen								
1 - 10 . . . . .	505	4,3	233	5,0	245	3,8	27	4,4
11 - 25 . . . . .	1 127	9,7	596	12,9	480	7,5	50	8,1
21 - 30 . . . . .	1 221	10,5	674	14,5	518	8,1	29	4,7
31 - 40 . . . . .	1 181	10,2	603	13,0	535	8,4	43	6,9
41 - 50 . . . . .	1 061	9,1	511	11,0	497	7,8	52	8,4
51 - 60 . . . . .	1 073	9,2	428	9,2	593	9,3	52	8,4
61 - 80 . . . . .	2 006	17,2	641	13,8	1 260	19,8	105	16,8
81 - 100 . . . . .	1 414	12,2	364	7,9	950	14,9	100	16,0
101 - 150 . . . . .	1 614	13,9	456	9,8	1 048	16,4	110	17,6
151 - 200 . . . . .	312	2,7	99	2,1	174	2,7	38	6,1
201 - 300 . . . . .	108	0,9	28	0,6	66	1,0	14	2,3
301 und mehr . . . . .	13	0,1	4	0,1	7	0,1	2	0,3
<b>Insgesamt</b> . . . . .	<b>11 634</b>	<b>100,0</b>	<b>4 637</b>	<b>100,0</b>	<b>6 373</b>	<b>100,0</b>	<b>624</b>	<b>100,0</b>
Pflegebedürftige je Pflegeheim								
Insgesamt . . . . .	64		55		70		79	
Heime mit aussch. Dauerpflege . . . . .	67		57		73		82	

## Situation in den Pflegeheimen

Tab 3.3 Heime nach dem Pflegeangebot sowie Art und Auslastung der verfügbaren Plätze am 15.12.2009

Zahl der Heime/ Art der verfügbaren Plätze/ Auslastung	insgesamt	Anteil an insgesamt in %	Davon nach dem Angebot der Einrichtung				Angebot aus entweder Kurzzeit- pflege und/ oder Tages- und/oder Nachtpflege
			Dauer- u. Kurzzeitpflege u. Tages- u./ o. Nachtpflege	nur Dauer- und Kurzzeit- pflege	nur Dauer- pflege u. Tages- und/oder Nachtpflege	nur Dauer- pflege	
Anzahl der Heime							
Anzahl Pflegeheime . . . . .	11 634		399	904	729	8 352	1 251
verfügbare Plätze							
Verfügbare Plätze insgesamt . . . . .	845 007	100,0	41 106	81 677	69 716	633 270	19 239
vollstationäre Pflege							
zusammen . . . . .	818 608	96,9	36 998	81 677	62 790	633 270	3 873
in 1-Bett-Zimmern . . . . .	474 181	56,1	22 290	48 928	38 334	362 716	1 913
in 2-Bett-Zimmern . . . . .	335 598	39,7	14 470	32 250	23 961	263 044	1 874
in 3-Bett-Zimmern . . . . .	8 189	1,0	231	483	421	6 979	76
in 4 und mehr-Bett-Zimmern . . . . .	639	0,1	7	16	75	531	10
Dauerpflege zusammen . . . . .							
in 1-Bett-Zimmern . . . . .	467 805	55,4	20 664	46 091	38 334	362 716	–
in 2-Bett-Zimmern . . . . .	331 678	39,3	13 787	30 887	23 961	263 044	–
in 3-Bett-Zimmern . . . . .	8 101	1,0	228	473	421	6 979	–
in 4 und mehr-Bett-Zimmern . . . . .	629	0,1	7	16	75	531	–
dar.: Plätze, die flexibel für die Kurzzeitpflege ge- nutzt werden können . . . . .	30 529	3,6	447	1 414	3 029	25 640	–
dar.: Plätze mit - vom Standard des Heims - abwei- chenden Pflegeangeboten und -sätzen . . . . .	6 145	0,7	225	786	430	4 705	–
Kurzzeitpflege zusammen . . . . .							
in 1-Bett-Zimmern . . . . .	6 376	0,8	1 626	2 837	–	–	3 873
in 2-Bett-Zimmern . . . . .	3 920	0,5	684	1 363	–	–	1 874
in 3-Bett-Zimmern . . . . .	89	0,0	3	10	–	–	76
in 4 und mehr-Bett-Zimmern . . . . .	10	0,0	–	–	–	–	10
Tagespflege . . . . .							
Nachtpflege . . . . .	425	0,1	164	–	156	–	104
Auslastung der verfügbaren Plätze in Prozent							
Vollstationäre Dauerpflege . . . . .	86,6		90,2	87,1	87,9	86,1	–
Vollstationäre Kurzzeitpflege <sup>1</sup> . . . . .	X		X	X	X	X	. 2
Tagespflege . . . . .	120,8		84,4	–	89,8	–	. 2
Nachtpflege . . . . .	5,7		1,8	–	1,9	–	. 2

1 Da die Zahl der Plätze insgesamt abhängig ist von den flexibel genutzten Betten ("eingestreute Kurzzeitpflege"), erscheint Berechnung nicht sinnvoll.  
2 Nicht separat berechnet, aber in insgesamt enthalten.

## Situation in den Pflegeheimen

Tab 3.4 Pflegebedürftige und Vergütung am 15.12.2009

Pflegebedürftige nach Pflegestufen ..... Durchschnittliche Vergütung	insgesamt	Davon nach der Art der Pflegeleistung					
		vollstationäre Pflege			teilstationäre Pflege		
		zu- sammen	Dauer- pflege	Kurzzeit- pflege	zu- sammen	Tages- pflege	Nacht- pflege

Pflegebedürftige nach Pflegestufe

<b>Pflegebedürftige Insgesamt</b> . . . . .	<b>748 889</b>	<b>717 490</b>	<b>699 672</b>	<b>17 819</b>	<b>31 399</b>	<b>31 374</b>	<b>24</b>
<i>Veränderungen zu 2007 in %</i> . . . . .	5,6	4,6	4,3	18,8	35,2	35,3	- 26,7
Pflegestufe I . . . . .	277 997	264 165	254 286	9 880	13 832	13 822	10
Pflegestufe II . . . . .	309 405	295 916	290 200	5 715	13 489	13 481	8
Pflegestufe III . . . . .	150 242	146 835	145 423	1 412	3 407	3 403	4
dar.: Pflegestufe III (Härtefälle) . . . .	5 820	5 766	5 731	34	54	53	1
Bisher noch keiner Pflegestufe zugeordnet . . . . .	11 245	10 574	9 763	812	671	669	2

Durchschnittliche Vergütungen insgesamt (EUR pro Person und Tag)

<b>Pflegesatz</b>							
Pflegeklasse 1 . . . . .	-	-	44,79	50,04	-	34,78	28,69
Pflegeklasse 2 . . . . .	--	-	58,96	63,37	-	42,01	37,41
Pflegeklasse 3 . . . . .	-	-	73,97	76,76	-	48,71	43,86
Entgelt für Unterkunft und Verpflegung . . . . .	-	-	20,30	20,68	-	11,66	9,70

Tab 3.5 Personal nach Beschäftigungsverhältnis, Tätigkeitsbereich und Arbeitsanteil für das Pflegeheim am 15.12.2009

Beschäftigungsverhältnis/ Tätigkeitsbereich	Personal insge- samt	Veränder- ungen zu 2007	Anteil an Personal insge- samt	Davon nach dem Arbeitsanteil für das Pflegeheim nach SGB XI				
				100%	75% bis unter 100%	50% bis unter 75%	25% bis unter 50%	unter 25%
				%				
<b>Personal insgesamt</b> . . . . .	<b>621 392</b>	<b>8,3</b>	<b>100,0</b>	<b>437 201</b>	<b>101 500</b>	<b>39 742</b>	<b>19 701</b>	<b>23 248</b>
<i>Anteil an Gesamtpersonal in %</i> . . . . .				70,4	16,3	6,4	3,2	3,7
<b>Beschäftigungsverhältnis</b>								
Vollzeitbeschäftigt . . . . .	207 126	2,2	33,3	174 358	21 745	4 330	2 664	4 030
Teilzeitbeschäftigt								
- über 50 % . . . . .	212 488	15,1	34,2	135 566	54 667	16 774	2 300	3 181
- 50 % und weniger, aber nicht geringfügig beschäftigt . . . . .	96 154	13,6	15,5	56 609	12 194	16 140	8 003	3 209
- geringfügig beschäftigt . . . . .	60 689	3,3	9,8	35 905	7 475	1 156	5 469	10 684
Praktikant/-in, Schüler/-in, Auszubildende/-r . . . .	34 309	6,2	5,5	26 577	4 095	986	965	1 686
Helfer/-in im freiwilligen sozialen Jahr . . . . .	3 697	- 6,4	0,6	2 983	401	104	88	121
Zivildienstleistender . . . . .	6 928	6,2	1,1	5 204	923	253	212	336
<b>Überwiegender Tätigkeitsbereich im Pflegeheim</b>								
Pflege und Betreuung . . . . .	413 128	4,9	66,5	309 543	67 179	20 953	7 865	7 588
soziale Betreuung . . . . .	25 577	14,2	4,1	16 510	4 251	2 118	1 299	1 400
zusätzliche Betreuung (§ 87b SGB XI) . . . . .	16 350	X*	2,6	11 127	2 314	1 930	567	412
Hauswirtschaftsbereich . . . . .	107 884	5,2	17,4	64 815	19 026	9 953	6 327	7 764
haustechnischer Bereich . . . . .	16 231	7,8	2,6	10 290	2 297	1 059	908	1 677
Verwaltung, Geschäftsführung . . . . .	33 726	6,2	5,4	20 290	5 064	3 042	2 166	3 165
sonstiger Bereich . . . . .	8 494	6,0	1,4	4 626	1 370	687	570	1 242

\*) Zusätzliche Betreuung (§ 87b SGB XI) wird erst seit 2009 ausgewiesen.

## Situation in den Pflegeheimen

Tab 3.6 Personal nach Berufsabschluss und Tätigkeitsbereich am 15.12.2009

Berufsabschluss	Personal insgesamt	Veränderungen zu 2007	Davon nach dem überwiegenden Tätigkeitsbereich im Pflegeheim								darunter:		
			Pflege und Betreuung	jeweiliger Anteil an Pflege u. Betreuung	soziale Betreuung	zusätzliche Betreuung (§ 87b SGB XI)	Hauswirtschaftsbereich	haustechnischer Bereich	Verwaltung, Geschäftsführung	sonstiger Bereich	weiblich	Vollzeit*)	ausschließlich nach SGB XI tätig
staatlich anerkannte/-r Altenpfleger/-in	141 306	5,5	135 833	32,9	1 777	596	261	38	2 466	335	83,9	50,7	76,5
staatlich anerkannte/-r Altenpflegehelfer/-in	27 926	29,0	26 756	6,5	343	451	222	17	61	77	88,3	31,0	72,2
Gesundheits- und Krankenpfleger/-in	59 054	-4,0	54 522	13,2	859	378	484	28	2 544	239	90,0	43,7	75,6
Krankenpflegehelfer/-in	18 486	-0,6	17 856	4,3	230	208	130	8	35	19	89,7	31,6	72,6
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in	4 013	0,4	3 623	0,9	97	37	52	4	179	21	95,8	40,4	74,4
Heilerziehungspfleger/-in; Heilerzieher/-in	2 739	7,4	2 071	0,5	462	120	21	5	47	13	81,7	40,1	73,7
Heilerziehungspflegehelfer/-in	640	37,7	466	0,1	95	41	11	17	5	5	80,2	34,2	76,2
Heilpädagogin, Heilpädagoge	332	-4,9	97	0,0	171	15	2	0	37	9	85,1	33,1	62,6
Ergotherapeut/-in	7 464	33,4	1 427	0,3	4 865	886	30	8	37	210	90,1	33,9	70,0
Physiotherapeut/-in (Krankengymnast/-in)	1 059	11,7	474	0,1	311	65	26	4	19	160	82,2	32,3	69,2
sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe	3 767	3,9	2 091	0,5	538	375	216	72	403	73	87,7	26,0	69,7
sozialpädagogischer/sozialarbeiterischer Berufsabschluss	7 039	6,6	990	0,2	4 274	377	68	14	1 214	101	79,8	36,5	63,2
Familienpfleger/-in mit staatlichem Abschluss	1 400	-2,2	1 157	0,3	106	55	60	0	17	5	95,4	27,7	72,8
Dorfhelfer/-in mit staatlichem Abschluss	148	-31,7	78	0,0	20	7	25	0	18	0	93,9	27,9	69,4
Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung an einer Fachhochschule oder Universität	2 639	-19,0	1 002	0,2	211	20	19	5	1 300	82	70,3	68,1	69,3
sonstiger pflegerischer Beruf	37 606	12,5	33 569	8,1	780	2 447	626	29	96	60	91,5	27,4	70,7
Fachhauswirtschaftler/-in für ältere Menschen	2 566	-26,6	368	0,1	45	35	2 035	18	43	20	91,6	41,5	63,9
sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss	29 684	-10,3	3 029	0,7	301	244	24 943	472	446	250	87,7	33,9	62,5
sonstiger Berufsabschluss	157 039	15,9	55 472	13,4	6 884	8 326	45 710	12 860	22 925	4 862	81,2	25,0	64,2
ohne Berufsabschluss/noch in Ausbildung	116 483	12,7	72 248	17,5	3 209	1 665	32 943	2 631	1 834	1 954	82,1	19,6	70,0
<b>Insgesamt</b>	<b>621 392</b>	<b>8,3</b>	<b>413 128</b>	<b>100,0</b>	<b>25 577</b>	<b>16 350</b>	<b>107 884</b>	<b>16 231</b>	<b>33 726</b>	<b>8 494</b>	<b>84,6</b>	<b>33,3</b>	<b>70,4</b>

\*) Vollzeitbeschäftigte ohne Auszubildende, Helfer/-innen im freiwilligen sozialen Jahr und Zivildienstleistende.



## Situation in den Pflegeheimen

Tab 3.7 Personal (geschätzte Vollzeitäquivalente) nach Berufsabschluss und Tätigkeitsbereich am 15.12.2009

Berufsabschluss	Personal insgesamt	Veränderungen zu 2007	Davon nach dem überwiegenden Tätigkeitsbereich im Pflegeheim								Anteil an Personal insgesamt	darunter: weiblich
			Pflege und Betreuung	jeweiliger Anteil an Pflege u. Betreuung	soziale Betreuung	zusätzliche Betreuung (§ 87b SGB XI)	Hauswirtschaftsbereich	haustechnischer Bereich	Verwaltung, Geschäftsführung	sonstiger Bereich		
staatlich anerkannte/-r Altenpfleger/-in . . . . .	117 547	5,5	113 107	36,4	1 286	404	189	34	2 275	253	26,0	82,8
staatlich anerkannte/-r Altenpflegehelfer/-in . . . . .	20 870	27,7	20 082	6,5	227	306	149	13	53	40	4,6	87,2
Gesundheits- und Krankenpfleger/-in . . . . .	45 762	-5,0	42 171	13,6	554	232	308	22	2 311	166	10,1	88,9
Krankenpflegehelfer/-in . . . . .	13 721	-1,8	13 308	4,3	147	138	82	7	28	12	3,0	88,5
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in . . . . .	3 089	-0,8	2 803	0,9	58	21	29	2	158	18	0,7	95,3
Heilerziehungspfleger/-in; Heilerzieher/-in . . . . .	2 176	9,1	1 662	0,5	353	90	15	4	40	12	0,5	80,2
Heilerziehungspflegehelfer/-in . . . . .	485	34,8	353	0,1	72	28	8	16	5	4	0,1	76,7
Heilpädagogin, Heilpädagoge . . . . .	247	-1,9	75	0,0	124	10	1	0	29	8	0,1	83,7
Ergotherapeut/-in . . . . .	5 689	36,0	1 116	0,4	3 715	634	23	7	32	160	1,3	89,2
Physiotherapeut/-in (Krankengymnast/-in) . . . . .	756	13,7	349	0,1	210	42	18	4	14	118	0,2	80,5
sonstiger Abschluss im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe . . . . .	2 633	3,0	1 485	0,5	365	240	138	51	303	50	0,6	85,9
sozialpädagogischer/sozialarbeiterischer Berufsabschluss . . . . .	5 214	6,2	716	0,2	3 080	237	42	10	1 059	71	1,2	77,0
Familienpfleger/-in mit staatlichem Abschluss . . . . .	1 050	-3,7	878	0,3	74	37	43	0	15	2	0,2	95,2
Dorfhelfer/-in mit staatlichem Abschluss . . . . .	104	-39,6	53	0,0	11	4	19	0	17	0	0,0	92,2
Abschluss einer pflegewissenschaftlichen Ausbildung an einer Fachhochschule oder Universität . . . . .	2 280	-13,0	850	0,3	151	12	11	5	1 186	65	0,5	68,8
sonstiger pflegerischer Beruf . . . . .	26 893	12,3	24 319	7,8	482	1 577	386	22	74	34	5,9	90,6
Fachhauswirtschaftler/-in für ältere Menschen . . . . .	2 015	-25,9	277	0,1	28	26	1 622	13	33	14	0,4	90,0
sonstiger hauswirtschaftlicher Berufsabschluss . . . . .	21 752	-10,4	2 089	0,7	184	159	18 435	365	343	178	4,8	85,1
sonstiger Berufsabschluss . . . . .	105 635	15,2	38 246	12,3	4 097	5 247	28 437	10 068	16 745	2 796	23,3	78,3
ohne Berufsabschluss/noch in Ausbildung . . . . .	74 793	13,1	47 210	15,2	2 262	1 041	19 939	2 167	990	1 184	16,5	79,9
<b>Insgesamt . . . . .</b>	<b>452 713</b>	<b>7,6</b>	<b>311 148</b>	<b>100,0</b>	<b>17 479</b>	<b>10 488</b>	<b>69 894</b>	<b>12 811</b>	<b>25 709</b>	<b>5 184</b>	<b>100,0</b>	<b>82,9</b>
Veränderungen zu 2007 in % . . . . .			4,8		15,0	X*)	4,0	6,4	5,6	5,5		

\*) Zusätzliche Betreuung (§ 87b SGB XI) wird erst seit 2009 ausgewiesen.

# Pflegestatistik – Zeitreihe

Tab 4 Zeitreihe (Seite 1 von 2) – ausgewählte Merkmale (1999 – 2003)

Merkmal	15.12. 1999	2001 zu 1999 Veränderungen in %	15.12. 2001	2003 zu 2001 Veränderungen in %	15.12. 2003
<b>Pflegebedürftige insgesamt<sup>1</sup></b> . . . . .	<b>2 016 091</b>	<b>1,2</b>	<b>2 039 780</b>	<b>1,8</b>	<b>2 076 935</b>
Pflegebedürftige zu Hause versorgt . . . . .	1 442 880	- 0,5	1 435 415	0,1	1 436 646
- allein durch Angehörige <sup>2</sup> . . . . .	1 027 591	- 2,6	1 000 736	- 1,4	986 520
- zusammen mit/durch ambulante Pflegedienste . . . . .	415 289	4,7	434 679	3,6	450 126
Pflegebedürftige vollstationär in Heimen . . . . .	562 762	5,2	591 901	5,3	623 182
- darunter vollstationäre Dauerpflege . . . . .	554 217	5,1	582 258	5,1	612 183
Pflegestufe I . . . . .	926 476	5,8	980 621	4,9	1 029 078
Pflegestufe II . . . . .	784 824	- 1,6	772 397	- 1,1	764 077
Pflegestufe III . . . . .	285 264	- 3,1	276 420	- 0,1	276 126
ohne Zuordnung . . . . .	19 527	- 47,0	10 342	- 26,0	7 654
<b>ambulante Pflegedienste insgesamt</b> . . . . .	<b>10 820</b>	<b>- 2,1</b>	<b>10 594</b>	<b>0,2</b>	<b>10 619</b>
Personal insgesamt . . . . .	183 782	3,1	189 567	6,0	200 897
davon:					
Vollzeitbeschäftigt . . . . .	56 914	1,1	57 524	0,0	57 510
Teilzeitbeschäftigt					
- über 50 . . . . .	49 149	11,9	55 008	10,5	60 762
- 50 % und weniger, aber					
nicht geringfügig beschäftigt . . . . .	28 794	7,1	30 824	6,4	32 797
geringfügig beschäftigt . . . . .	39 126	- 4,6	37 326	14,0	42 565
Praktikant/-in, Schüler/-in, Auszubildende/-r . . . . .	1 816	- 0,4	1 809	36,0	2 460
Helfer/-in im freiwilligen sozialen Jahr . . . . .	562	- 16,2	471	36,3	642
Zivildienstleistender . . . . .	7 421	- 11,0	6 605	- 37,0	4 161
darunter:					
staatlich anerkannte/-r Altenpfleger/-in . . . . .	25 456	10,7	28 179	12,7	31 757
Gesundheits- und Krankenpfleger/-in . . . . .	58 144	- 1,2	57 457	10,1	63 233
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in . . . . .	4 384	4,3	4 572	17,2	5 360
darunter:					
überwiegender Tätigkeitsbereich Grundpflege . . . . .	119 388	4,4	124 602	8,8	135 540
<b>Pflegeheime insgesamt</b> . . . . .	<b>8 859</b>	<b>3,5</b>	<b>9 165</b>	<b>6,3</b>	<b>9 743</b>
darunter: mit vollstationärer Dauerpflege . . . . .	8 073	3,2	8 331	5,3	8 775
verfügbare Plätze . . . . .	645 456	4,5	674 292	5,8	713 195
darunter: vollstationärer Dauerpflege . . . . .	621 502	4,4	648 543	5,5	683 941
Personal insgesamt . . . . .	440 940	7,8	475 368	7,5	510 857
davon:					
Vollzeitbeschäftigt . . . . .	211 544	3,5	218 898	- 1,1	216 510
Teilzeitbeschäftigt					
- über 50 . . . . .	100 897	19,1	120 218	16,9	140 488
- 50 % und weniger, aber					
nicht geringfügig beschäftigt . . . . .	54 749	13,0	61 843	14,9	71 066
geringfügig beschäftigt . . . . .	42 795	3,7	44 371	10,8	49 179
Praktikant/-in, Schüler/-in, Auszubildende/-r . . . . .	16 782	- 1,6	16 511	33,4	22 031
Helfer/-in im freiwilligen sozialen Jahr . . . . .	2 389	- 4,9	2 273	48,4	3 373
Zivildienstleistender . . . . .	11 784	- 4,5	11 254	- 27,0	8 210
darunter:					
staatlich anerkannte/-r Altenpfleger/-in . . . . .	83 705	15,5	96 700	14,0	110 208
Gesundheits- und Krankenpfleger/-in . . . . .	47 300	4,3	49 330	12,2	55 348
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in . . . . .	2 881	8,6	3 129	14,6	3 587
darunter: überwiegender Tätigkeitsbereich					
Pflege und Betreuung . . . . .	287 267	9,7	315 200	9,5	345 255

1 Durch die im Detail geänderte Ermittlung der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen ist die zeitliche Vergleichbarkeit der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen 2009 mit den vorherigen Erhebungen etwas eingeschränkt (siehe auch den Exkurs auf Seite 27). Bis 2007 werden entsprechend die teilstationär im Heim Versorgten bei der Ermittlung der Gesamtzahl separat aufaddiert. Diese Gruppe ist in dieser Zeitreihe nicht ausdrücklich dargestellt.

2 Entspricht den Empfänger(n)/-innen von ausschließlich Pflegegeld nach § 37 SGB XI. Empfänger/-innen von Kombinationsleistungen nach § 38 SGB XI sind dagegen in den ambulanten Pflegediensten enthalten.

# Pflegestatistik – Zeitreihe

Tab 4 Zeitreihe (Seite 2 von 2) – ausgewählte Merkmale (2005 – 2009)

Merkmal	2005 zu 2003 Veränderungen in %	15.12. 2005	2007 zu 2005 Veränderungen in %	15.12. 2007	2009 zu 2007 Veränderungen in %	15.12. 2009
<b>Pflegebedürftige insgesamt<sup>1</sup></b> . . . . .	2,5	2 128 550	5,6	2 246 829	4,1	2 338 252
Pflegebedürftige zu Hause versorgt . . . . .	1,1	1 451 968	5,9	1 537 518	5,4	1 620 762
- allein durch Angehörige <sup>2</sup> . . . . .	-0,6	980 425	5,4	1 033 286	3,1	1 065 564
- zusammen mit/durch ambulante Pflegedienste . . . . .	4,8	471 543	6,9	504 232	10,1	555 198
Pflegebedürftige vollstationär in Heimen . . . . .	5,5	657 516	4,3	686 082	4,6	717 490
- darunter vollstationäre Dauerpflege . . . . .	5,2	644 165	4,2	671 080	4,3	699 672
Pflegestufe I . . . . .	3,9	1 068 943	8,2	1 156 779	7,8	1 247 564
Pflegestufe II . . . . .	0,5	768 093	2,5	787 465	-0,1	787 018
Pflegestufe III . . . . .	1,7	280 693	3,9	291 752	0,5	293 096
ohne Zuordnung . . . . .	41,4	10 821	0,1	10 833	-2,4	10 574
<b>ambulante Pflegedienste insgesamt</b> . . . . .	<b>3,4</b>	<b>10 977</b>	<b>5,0</b>	<b>11 529</b>	<b>4,3</b>	<b>12 026</b>
Personal insgesamt . . . . .	6,7	214 307	10,2	236 162	13,9	268 891
davon:						
Vollzeitbeschäftigt . . . . .	-2,0	56 354	10,7	62 405	15,3	71 964
Teilzeitbeschäftigt						
- über 50 . . . . .	12,1	68 141	14,1	77 762	14,5	89 052
- 50 % und weniger, aber						
nicht geringfügig beschäftigt . . . . .	6,8	35 040	4,7	36 683	9,8	40 279
- geringfügig beschäftigt . . . . .	12,7	47 957	10,6	53 034	14,1	60 496
Praktikant/-in, Schüler/-in, Auszubildende/-r . . . . .	43,5	3 530	-1,9	3 462	29,7	4 492
Helfer/-in im freiwilligen sozialen Jahr . . . . .	9,5	703	-14,8	599	-8,9	545
Zivildienstleistender . . . . .	-37,9	2 582	-14,1	2 217	-7,0	2 062
darunter:						
staatlich anerkannte/-r Altenpfleger/-in . . . . .	14,9	36 484	23,3	44 975	17,6	52 889
Gesundheits- und Krankenpfleger/-in . . . . .	13,0	71 425	9,5	78 184	5,0	82 055
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in . . . . .	17,7	6 309	15,6	7 295	6,1	7 737
darunter:						
überwiegender Tätigkeitsbereich Grundpflege . . . . .	9,2	147 973	10,5	163 580	14,8	187 710
<b>Pflegeheime insgesamt</b> . . . . .	<b>7,0</b>	<b>10 424</b>	<b>5,8</b>	<b>11 029</b>	<b>5,5</b>	<b>11 634</b>
darunter: mit vollstationärer Dauerpflege . . . . .	7,3	9 414	5,4	9 919	4,7	10 384
verfügbare Plätze . . . . .	6,2	757 186	5,5	799 059	5,8	845 007
darunter: vollstationärer Dauerpflege . . . . .	6,2	726 448	5,4	765 736	5,5	808 213
Personal insgesamt . . . . .	7,0	546 397	5,0	573 545	8,3	621 392
davon:						
Vollzeitbeschäftigt . . . . .	-3,8	208 201	-2,6	202 764	2,2	207 126
Teilzeitbeschäftigt						
- über 50 . . . . .	15,6	162 385	13,7	184 596	15,1	212 488
- 50 % und weniger, aber						
nicht geringfügig beschäftigt . . . . .	10,4	78 485	7,9	84 666	13,6	96 154
- geringfügig beschäftigt . . . . .	12,3	55 238	6,3	58 730	3,3	60 689
Praktikant/-in, Schüler/-in, Auszubildende/-r . . . . .	43,5	31 623	2,2	32 315	6,2	34 309
Helfer/-in im freiwilligen sozialen Jahr . . . . .	18,7	4 003	-1,3	3 951	-6,4	3 697
Zivildienstleistender . . . . .	-21,3	6 462	0,9	6 523	6,2	6 928
darunter:						
staatlich anerkannte/-r Altenpfleger/-in . . . . .	11,0	122 333	9,5	133 927	5,5	141 306
Gesundheits- und Krankenpfleger/-in . . . . .	10,6	61 238	0,5	61 519	-4,0	59 054
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in . . . . .	4,9	3 764	6,2	3 996	0,4	4 013
darunter: überwiegender Tätigkeitsbereich						
Pflege und Betreuung . . . . .	8,4	374 116	5,3	393 772	4,9	413 128

1 Durch die im Detail geänderte Ermittlung der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen ist die zeitliche Vergleichbarkeit der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen 2009 mit den vorherigen Erhebungen etwas eingeschränkt (siehe auch den Exkurs auf Seite 27). Bis 2007 werden entsprechend die teilstationär im Heim Versorgten bei der Ermittlung der Gesamtzahl separat aufaddiert. Diese Gruppe ist in dieser Zeitreihe nicht ausdrücklich dargestellt.

2 Entspricht den Empfänger(n)/-innen von ausschließlich Pflegegeld nach § 37 SGB XI. Empfänger/-innen von Kombinationsleistungen nach § 38 SGB XI sind dagegen in den ambulanten Pflegediensten enthalten.

### EXKURS: Übersicht über Neuerungen der Statistik im Detail im Zuge der Reformen der Pflegeversicherung im Sommer 2008

Im Zuge der Reformen der Pflegeversicherung im Sommer 2008 erfolgten auch Detailanpassungen in den Merkmalsausprägungen der Pflegestatistik. Erstmals erhoben wurde für den **stationären Bereich**:

- Wie viele Beschäftigte überwiegend im Bereich **zusätzliche Betreuung** und Aktivierung (§ 87b SGB XI) der pflegebedürftigen Heimbewohner mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung tätig sind (Stichwort: „**Betreuungsassistenz**“)? Diese Gruppe umfasste 16 000 Beschäftigte (rund 3% der gesamten Beschäftigten) (*siehe Tabelle 3.6 und 3.7*).
- Ob das Pflegeheim medizinische Versorgung nach SGB V durch eine/-n im Heim beschäftigte/-n Ärztin/Arzt (sogenannte **Heimärzte**) anbietet? Dies war bei rund 60 Heimen (knapp einem Prozent der Heime) der Fall (*siehe Tabelle 3.1*).
- Sofern getrennt vereinbart, wurde das **Entgelt** für **Unterkunft** erstmals separat ausgewiesen. Von den insgesamt 10 400 Heimen, die vollstationäre Dauerpflege anbieten, hatten 6 400 bzw. 62% das Entgelt für Unterkunft separat vereinbart. Es umfasste bei ihnen im Mittel 59% der Kosten für Unterkunft und Verpflegung insgesamt und betrug dabei rund 12 Euro am Tag.
- Zudem wird die **Vergütung** bei dieser Erhebung in vollen **Cent** erfasst und nicht mehr wie zuvor in gerundeten Euro-Beträgen (*siehe Tabelle 3.4*).
- Die Zahl der vollstationären **Dauerpflegeplätze**, bei denen laut Versorgungsvertrag Pflegeangebote und -sätze bestehen, die vom **Standard** des Heims **abweichen** (Sonderbereiche). Als Standard des Heims sind dabei die Pflegesätze und -angebote zu sehen, die für die überwiegend versorgte Personengruppe bestehen. Ein Beispiel für ein Heim mit Sonderbereichen ist ein Altenpflegeheim mit separaten Pflegeplätzen und -sätzen für schwer demente Pflegebedürftige oder pflegebedürftige Apalliker. Die Plätze in Sonderbereichen umfassten knapp ein Prozent (6 100 Plätze) des Angebots an Dauerpflegeplätzen insgesamt (*siehe Tabelle 3.3*).
- Außerdem wurde die Ermittlung der **Gesamtzahl der Pflegebedürftigen** leicht geändert (*siehe Seite 27*).

### EXKURS: Zahl der Pflegebedürftigen – Unterschiede zu den Ergebnissen der sozialen und privaten Pflegeversicherung

Über die Anzahl der Pflegebedürftigen nach SGB XI liegen neben den Daten der amtlichen **Pflegestatistik** auch Daten der **sozialen Pflegeversicherung (SPV)** sowie der **privaten Pflegepflichtversicherung (PPV)** vor. Diese Ergebnisse lagen bei den letzten Erhebungen um circa 3-4% unter den Resultaten der Pflegestatistik (siehe auch die bisherigen Berichte zur Pflegestatistik). Bei den Daten der sozialen Pflegeversicherung wurde inzwischen die Erfassung im ambulanten Bereich verbessert. Hierdurch haben sich die Ergebnisse der Statistiken angenähert: Nimmt man die Stichtagsdaten zum Jahresende 2009 der SPV und der PPV, so weisen sie zusammen nun rund 2,38 Millionen Pflegebedürftige aus - die Pflegestatistik gibt also mit 2,34 Millionen rund 40 000 (knapp 2%) Pflegebedürftige weniger an. Folgende **methodische Unterschiede** sind bei einem Vergleich der Statistiken insbesondere zu berücksichtigen:

- **Behinderte Menschen**, die Leistungen nach § 43a SGB XI in Behindertenheimen erhalten, sind in der Statistik der SPV als Pflegebedürftige erfasst, in der Pflegestatistik – sofern sie nicht auch als Pflegegeldempfänger/-innen von den Kassen erfasst werden – jedoch nicht. Die Gruppe umfasst in der sozialen Pflegeversicherung insgesamt rund 79 000 Personen.
- Generell ist davon auszugehen, dass in den Stichtagsdaten der sozialen Pflegeversicherung - methodisch bedingt – **Nacherfassungen** auftreten. Dieser Effekt ist nicht quantifizierbar.
- Bei der Pflegestatistik werden 11 000 **vollstationär** in Pflegeheimen versorgte Pflegebedürftige erfasst, bei denen noch **keine Pflegestufe** vorliegt. Diese sind in den Daten der SPV nicht enthalten.<sup>1</sup>

Die Berücksichtigung der beschriebenen Effekte scheint zu einer weiteren **Annäherung der Statistiken** zu führen. Zukünftig werden ergänzende Vergleiche angestrebt, um die Situation noch genauer beschreiben zu können. Insgesamt hat - wie erwähnt – die verbesserte Erfassung der Pflege zu Hause in den Daten der SPV zu einer Annäherung der Statistiken geführt.

Im Detail können natürlich weiterhin Abweichungen zwischen den Statistiken auftreten. Abweichungen sind z. B. denkbar, sofern Pflegeeinrichtungen irrtümlich Pflegebedürftige melden, die im Sinne ihres Hilfebedarfs durchaus pflegebedürftig sind, die aber vollständig aus anderen Quellen (z. B. Sozialhilfe, gesetzliche Unfallversicherung, Kriegsopferversorgung oder privat) finanziert werden und somit keine Leistungen nach dem SGB XI erhalten. Generell ist zur Aussagekraft der Statistiken folgendes zu sagen:

- Die Statistiken sind mit **unterschiedlichen Zielsetzungen** und auch mit **unterschiedlichen Berichtswegen** konzipiert. Die Pflegestatistik der Statistischen Ämter dient insbesondere dazu, die Situation in den Heimen und Diensten - auch auf regionaler Ebene - zu beschreiben. Die unterschiedlichen Ziele und Berichtswegen führen zu unterschiedlichen Niveauangaben in den Statistiken. Bei Analysen empfiehlt es sich natürlich, die Statistiken jeweils getrennt zu betrachten.

Die amtliche Statistik ist natürlich bestrebt, **Unterschiede zu erklären**, die Erhebungen entsprechend weiterzuentwickeln und so die Aussagekraft der Statistiken weiter zu erhöhen.

- Insgesamt bleibt festzustellen, dass die vorliegende amtliche Pflegestatistik eine sehr gute Datenbasis über das Angebot und die Nachfrage im Pflegebereich bietet und inhaltlich von hoher Aussagekraft ist.

---

<sup>1</sup> Allerdings weist die PKV auch eine Gruppe von Pflegebedürftigen ohne Pflegestufe aus, die inzwischen auch auf rund 9.000 Personen angestiegen ist. Die beiden Effekte gleichen sich entsprechend nun fast aus.

### EXKURS: Vergleich der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen mit früheren Erhebungen – im Detail geänderte Ermittlung ab der Pflegestatistik 2009

#### Änderung

Bei der Ermittlung der **Gesamtzahl** der Pflegebedürftigen werden ab der Erhebung 2009 die **teilstationär** durch Heime Versorgten nicht mehr zusätzlich addiert (*siehe auch Tabelle 1.1*). Diese erhalten in der Regel parallel auch Pflegegeld und/oder ambulante Sachleistungen und sind somit bereits bei der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen berücksichtigt. (Die teilstationär im Heim Versorgten werden weiterhin in der Tabelle 3.4 separat ausgewiesen.)

#### Hintergrund

Durch die Reformen der Pflegeversicherung im Sommer 2008 ist der Anreiz, Leistungen der teilstationären Pflege **parallel** zu Pflegegeld und/oder ambulanten Sachleistungen zu beziehen, deutlich angestiegen. Ursache hierfür ist vor allem, dass der höchstmögliche Gesamtanspruch aus der Kombination von Leistungen der Tages- und Nachtpflege mit ambulanten Sachleistungen oder dem Pflegegeld durch die Reform auf das 1,5fache des bisherigen Betrages gestiegen ist. Werden also zum Beispiel 50 Prozent der Leistungen der Tages- und Nachtpflege in Anspruch genommen, besteht nun daneben noch ein 100-prozentiger Anspruch auf Pflegegeld oder eine Pflegesachleistung. (Zuvor galt als Leistungsobergrenze das Pflegegeld oder die ambulante Sachleistung.) Auch empirisch ist der zunehmende Parallelbezug in den Daten der Pflegekassen bereits beobachtbar.

#### Zeitliche Vergleichbarkeit

Die zeitliche Vergleichbarkeit der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen aus der Pflegestatistik 2009 mit den vorherigen Erhebungen ist durch die Veränderung etwas eingeschränkt. Im bundesweiten Mittel dürfte der **geschätzte Dämpfungseffekt** für die Veränderungsrate bei der Pflegestatistik 2009 bei circa einem Prozentpunkt liegen. Dies ist im Detail abhängig vom Anteil der teilstationär Versorgten an den Pflegebedürftigen insgesamt und dem Ausmaß des parallelen Bezugs von teilstationärer Pflege und ambulanten Sachleistungen bzw. Pflegegeld vor und nach 2009.

Die einzelnen Leistungsarten (vollstationäre/teilstationäre und ambulante Pflege/Pflegegeld) können jedoch zeitlich grundsätzlich für sich verglichen werden. (Eine Ausweitung der Personen, die parallel teilstationäre Pflege und Pflegegeld bzw. ambulante Sachleistungen erhalten, kann dabei natürlich auch zu einem Anstieg der Bezieher von Pflegegeld und ambulanten Sachleistungen führen.)

#### Zusammenfassung

Durch die im Detail geänderte Ermittlung der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen – aufgrund der Reformen der Pflegeversicherung im Sommer 2008 – ist die zeitliche Vergleichbarkeit der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen 2009 mit den vorherigen Erhebungen etwas eingeschränkt. Der damit verbundene Dämpfungseffekt für die Veränderungsrate bei der Pflegestatistik 2009 dürfte im bundesweiten Mittel circa einen Prozentpunkt betragen. Der Effekt bezieht sich nur auf die Gesamtzahl und nicht auf die prinzipielle zeitliche Vergleichbarkeit bei den einzelnen Leistungsarten.

### EXKURS: Einschätzung der Daten von Bremen für das Bundesergebnis 2009

Aufgrund von Personalengpässen lagen für Bremen zum Meldetermin für die Pflegestatistik 2009 aus der Statistik über die Pflegeeinrichtungen keine aufbereiteten Daten vor. Um trotzdem ein vollständiges Bundesergebnis zu erzeugen, wurden die Ergebnisse für **Bremen geschätzt**: Es erfolgte dabei auf die aufsummierten Ergebnisse der anderen 15 Bundesländer ein Zuschlag von rund einem Prozent (getrennt berechnet für den ambulanten und den stationären Bereich). Der Faktor entspricht dem Anteil Bremens an dem Deutschlandergebnis von 2007.

Das Vorgehen ist angesichts der Größe von Bremen ausreichend genau, um ein sinnvolles **Deutschlandergebnis** zu erzeugen. Mit dieser Methodik können allerdings keine hinreichend genauen Ergebnisse für die Beschreibung der Situation im Land Bremen berechnet werden.

Durch die Schätzungen ist es zudem möglich, dass bei den Tabellen in diesem Bericht **rundungsbedingt** kleinere **Abweichungen** in den Spalten- und Zeilensummen auftreten. Außerdem wurden die Veränderungsraten der Ergebnisse zu den letzten Erhebungen meist mit den nichtgerundeten Werten berechnet.

### **Pflegebedürftige**

Erfasst werden Personen, die Leistungen nach dem SGB XI erhalten. Generelle Voraussetzung für die Erfassung als Pflegebedürftiger ist die Entscheidung der Pflegekasse bzw. des privaten Versicherungsunternehmens über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung der Pflegebedürftigen zu den Pflegestufen I bis III (einschließlich Härtefällen).

Pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15 SGB XI) der Hilfe bedürfen (§ 14 Abs. 1 SGB XI).

### **... in Heimen versorgt**

Hier werden die Pflegebedürftigen zugeordnet, die vollstationäre (Dauer- und Kurzzeitpflege) oder teilstationäre Pflege (Tages-/Nachtpflege) durch die nach SGB XI zugelassenen Pflegeheime erhalten. Zu unterscheiden ist bei den Abgrenzungen generell, ob Pflegebedürftige betrachtet werden die vollstationäre Pflege erhalten (Tabellen 1.1 und 1.2) oder die gesamte stationäre Pflege (einschließlich teilstationär) betrachtet wird (Tabellen 3.1 – 3.7).

Im stationären Bereich werden auch die Pflegebedürftigen in die Erhebung einbezogen, die im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt direkt in die Pflegeeinrichtung aufgenommen wurden und Leistungen nach dem SGB XI erhalten, für die jedoch noch **keine Zuordnung** zu einer bestimmten Pflegestufe vorliegt. Da in diesen Fällen die Zuordnung der Pflegestufe oftmals erst rückwirkend mit einem Zeitverzug von bis zu sechs Monaten erfolgt, ist dieser Personenkreis bereits zum Erhebungsstichtag mit zu berücksichtigen.

Bei der **teilstationären Pflege** werden die versorgten Pflegebedürftigen erfasst, mit denen am 15.12. ein Vertrag besteht.

Nicht erfasst werden im vollstationären Bereich die Empfänger/-innen von Pflegeleistungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43a SGB XI.

### **... zusammen mit/durch ambulante Pflegedienste versorgt**

Hier werden die Pflegebedürftigen erfasst, die von einem nach SGB XI zugelassenen ambulanten Pflegedienst Pflegesachleistungen (einschließlich Kombinationsleistungen oder häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson) erhalten. In der Regel erfolgt hierbei auch zusätzliche Pflege durch Angehörige.<sup>1</sup>

### **... allein durch Angehörige versorgt**

Hier werden die Pflegebedürftigen zugeordnet, die Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen nach § 37 SGB XI erhalten.

### **Personal**

Zum Personalbestand einer Pflegeeinrichtung gehören alle, die dort beschäftigt sind, die also in einem Arbeitsverhältnis zur Pflegeeinrichtung stehen und teilweise oder ausschließlich Leistungen nach SGB XI erbringen.

---

<sup>1</sup> Dies zeigen z. B. die Untersuchungen von TNS Infratest. Siehe TNS INFRATEST SOZIALFORSCHUNG (2003): Hilfe- und Pflegebedürftige in Privathaushalten in Deutschland 2002 - Schnellbericht, München.



### **Personal (geschätzte Vollzeitäquivalente)**

Hier erfolgt eine Umrechnung der Arbeitszeiten des Personals in Vollzeitstellen. Im Rahmen der Pflegestatistik ist nur eine Schätzung der Vollzeitäquivalente möglich, da in der Statistik nicht die exakten Arbeitszeiten des Personals laut Arbeitsvertrag, sondern meist Zeitspannen erhoben werden (vgl. z. B. Tabelle 2.3 oder 3.5). Auch wird der Arbeitsanteil nach dem SGB XI nicht in die Schätzungen einbezogen. Die Schätzung soll einen ergänzenden Einblick in die Personalstrukturen bieten.

### **Pflegeheime**

Statistisch erfasst werden die Pflegeheime, die durch Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI zur Pflege zugelassen sind oder Bestandsschutz nach § 73 Abs. 3 und 4 SGB XI genießen und danach als zugelassen gelten.

### **ambulante Pflegedienste**

Erfasst werden die ambulanten Pflegedienste, die durch Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI zur Pflege zugelassen sind oder Bestandsschutz nach § 73 Abs. 3 und 4 SGB XI genießen und danach als zugelassen gelten.

### **„eingestreute“ Kurzzeitpflege**

Plätze (Betten) in der vollstationären Dauerpflege, die kurzfristig flexibel für die Kurzzeitpflege genutzt werden können.



## Pressemitteilung

22 |.10.

2.328 Zeichen

Essen, 07. Dezember 2010

**Verband Deutscher Alten-  
und Behindertenhilfe e. V.**

Im Teelbruch 132  
45219 Essen

Fon: 02054 / 9578-10

Fax: 02054 / 9578-40

E-Mail: [info@vdab.de](mailto:info@vdab.de)

Internet: [www.vdab.de](http://www.vdab.de)

**Arbeitgeber und Berufsverband  
Privater Pflege e.V.**

Goseriede 13  
30159 Hannover

Telefon: 0511/ 515 111-0

Telefax: 0511/ 515 111-8109

E-Mail: [dialog@abvp.de](mailto:dialog@abvp.de)

Internet: [www.abvp.de](http://www.abvp.de)

### **Bonato-Kommission will Stillstand bei Pflege- transparenz überwinden Expertengruppe um Prof. Dr. Bonato nimmt Arbeit auf – Darstellung der Pflegequalität soll auf wissenschaftliche Basis gestellt werden**

**Die neu gegründete „Bonato-Kommission“ hat sich gestern (Mo, 6. 12. 2010) in Hannover konstituiert und ihre Arbeit aufgenommen. Hauptziel ist es, den Stillstand bei der dringend erforderlichen Weiterentwicklung der Pflege-  
transparenzvereinbarungen zu überwinden. Die Gruppe um Prof. Dr. Marcello Bonato besteht aus Funktionsträgern der beiden Pflegeverbände VDAB und ABVP sowie unabhängigen Experten. Sie wird zunächst die inhaltlichen und formalen Grundzüge für Gütekriterien in der Pflege auf wissenschaftlicher Basis feststellen. Zur Mitarbeit werden zukünftig auch die Verbraucherschützer eingeladen.**

„Wir wollen die Grundzüge für Ergebnis- und Lebensqualität in der Pflege wissenschaftlich fundiert erarbeiten. Dazu ziehen wir empirische Untersuchungen sowie nationale und internationale Vergleiche heran. Das System soll zukunftsfähig sein und wird im Konsensverfahren unter allen Beteiligten entstehen. Auch aus diesem Grund laden wir die Verbraucher-  
verbände zur Mitarbeit ein“, sagt Thomas Knieling, VDAB-Bundes-  
geschäftsführer nach der Konstituierung der Bonato-Kommission.

„Wir werden im ersten Schritt alles sichten und dann zusammen führen. Es liegen eindeutige und fundierte wissenschaftliche Erkenntnisse auf dem Tisch. Nun geht es endlich darum, diese in ein praktikables und wissenschaftliches System zur Verbesserung der Pflege-  
transparenz in Deutschland zu überführen“, betont Prof. Dr. Marcello Bonato von der FH Münster, nach dem die Kommission benannt worden ist und der die wissenschaftliche Leitung inne hat.

Als aktuellen Treiber für die Konstituierung der Bonato-Kommission nennt Endris Heimer den Beschluss der Kassen und anderer Verbände vom vergangenen Freitag (3. 12. 2010), wonach eine grundlegende Überarbeitung der Pflege-  
transparenz explizit abgelehnt worden ist: „Stillstand in dieser so wichtigen Fragestellung ist für uns keine Option. Wir haben größtes Interesse, dass in der Pflege Transparenz herrscht, die diesen Namen auch verdient. Deswegen haben wir diese Kommission gegründet und werden demnächst auch über erste Ergebnisse berichten können.“, so Endris Heimer, ABVP-Bundesgeschäftsführer.

Der VDAB ist einer der größten privaten Trägerverbände Deutschlands. Er versteht sich als bundesweiter Interessenverband für private, professionelle Pflegeeinrichtungen.

Der ABVP vertritt bundesweit ausschließlich Unternehmen der ambulanten Alten- und Krankenpflege. Er hat mehrere hundert Mitgliedsunternehmen, die mehrere zehntausend Mitarbeiter beschäftigen.

Rückfragehinweis:  
Thomas Knieling  
VDAB-Bundesgeschäftsführer  
Mobil: 0151/16211795  
Email: [thomas.knieling@vdab.de](mailto:thomas.knieling@vdab.de)

Endris Björn Heimer  
ABVP-Bundesgeschäftsführer  
Mobil: 0151-55135976  
Email: [heimer.e@abvp.de](mailto:heimer.e@abvp.de)



## Pressemitteilung

23.10.

2.326 Zeichen

Essen, 16. Dezember 2010

**Verband Deutscher Alten-  
und Behindertenhilfe e. V.**

Im Teelbruch 132  
45219 Essen

Fon: 02054 / 9578-10

Fax: 02054 / 9578-40

E-Mail: [info@vdab.de](mailto:info@vdab.de)

Internet: [www.vdab.de](http://www.vdab.de)

**Arbeitgeber und Berufsverband  
Privater Pflege e.V.**

Goseriede 13  
30159 Hannover

Telefon: 0511/ 515 111-0

Telefax: 0511/ 515 111-8109

E-Mail: [dialog@abvp.de](mailto:dialog@abvp.de)

Internet: [www.abvp.de](http://www.abvp.de)

### **Forschungsprojekt bestätigt die Haltung von VDAB und ABVP bei Pflegetransparenz**

**Beide Verbände fordern nach Fachtagung verstärkt einen  
grundlegenden Systemwechsel**

**Der Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. (VDAB) und  
der Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e.V. (ABVP)  
fordern nach der Präsentation von Forschungsergebnissen auf einer  
Fachtagung in Berlin verstärkt einen grundlegenden Systemwechsel  
in der Pflegetransparenz. Erstmals hat ein Modellprojekt Indikatoren  
definiert, die die Ergebnis- und Lebensqualität von Pflege erfassen.  
Allerdings werden diese Indikatoren im derzeitigen „Pflegenoten“-  
System noch gar nicht berücksichtigt. Die Verbände sehen sich in  
ihrer Haltung bei der Transparenz-Frage bestätigt.**

„Endlich haben wir wissenschaftlich-fundierte Indikatoren, die eine faire und aussagekräftige Transparenz in der Pflege möglich machen. Die bisherigen Forschungsergebnisse belegen, dass die grundlegende Kritik am Pflegenotensystem berechtigt ist. Es wurde nochmals nachgewiesen, dass die Pflegenoten nicht das messen was sie sollen, nämlich Ergebnis- und Lebensqualität. Diese wissenschaftlichen Erkenntnisse müssen ernst genommen werden“, stellen Thomas Knieling, VDAB-Bundesgeschäftsführer und Endris Heimer, ABVP Bundesgeschäftsführer in Berlin fest. VDAB und der ABVP sind aus den Verhandlungen zur Weiterentwicklung des aus seiner Sicht ungeeigneten Transparenz-Systems vor kurzem ausgestiegen.

„Alle sollten nun gemeinsam die Chance ergreifen, diesen Perspektivenwechsel hin zur Darstellung von Ergebnis- und Lebensqualität im Sinne der Einrichtungen und Verbraucher nutzen. Dies ist nur durch einen grundlegenden Systemwechsel in der Qualitäts- und Transparenzprüfung möglich. Die bisherige Art der Prüfung sollte nicht weiterhin starr verteidigt werden.“, so Thomas Knieling.

„Sobald der Abschlussbericht im Januar vorliegt, werden wir ihn in die Arbeit der Bonato-Kommission einfließen lassen, um weiter einen konstruktiven Beitrag für eine faire und aussagekräftige Transparenz zu leisten“ erklärt Endris Heimer, ABVP, abschließend.

Das Projekt „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität stationärer Altenhilfe“ entstand im Auftrag des

Bundesgesundheitsministeriums und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Der VDAB ist einer der größten privaten Trägerverbände Deutschlands. Er versteht sich als bundesweiter Interessenverband für private, professionelle Pflegeeinrichtungen.

Der ABVP e.V. vertritt bundesweit Einrichtungen der ambulanten Alten- und Krankenpflege. Er hat mehrere hundert Mitgliedsbetriebe, die mehrere zehntausend Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigen.

**Rückfragehinweis:**

Thomas Knieling  
VDAB-Bundesgeschäftsführer  
Mobil: 0151/16211795  
Email: [thomas.knieling@vdab.de](mailto:thomas.knieling@vdab.de)

Endris Björn Heimer  
ABVP-Bundesgeschäftsführer  
Tel.: 0511 – 515 111-0  
Mail: [dialog@abvp.de](mailto:dialog@abvp.de)



## Pressemitteilung

18 |.10.

2.169 Zeichen

Essen, 22. November 2010

**Verband Deutscher Alten-  
und Behindertenhilfe e. V.**

Im Teelbruch 132  
45219 Essen

Fon: 02054 / 9578-10

Fax: 02054 / 9578-40

E-Mail: [info@vdab.de](mailto:info@vdab.de)

Internet: [www.vdab.de](http://www.vdab.de)

**Arbeitgeber und Berufsverband  
Privater Pflege e.V.**

Goseriede 13  
30159 Hannover

Telefon: 0511/ 515 111-0

Telefax: 0511/ 515 111-8109

E-Mail: [dialog@abvp.de](mailto:dialog@abvp.de)

Internet: [www.abvp.de](http://www.abvp.de)

### **Pflegeverbände VDAB und ABVP ziehen die Notbremse – sonst keine Chance auf eine grundlegende Überarbeitung der Pflegetransparenzvereinbarungen.**

**Berlin – Der Verband Deutscher Alten und Behindertenhilfe e.V. (VDAB) und der Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e.V. (ABVP) haben erklärt, dass sie die Weiterarbeit an diesem für die Einrichtungen unfairen und den Verbraucher täuschenden System beenden werden.**

„Allen Beteiligten ist klar, dass dieses Prüfsystem keine Pflegequalität abbildet. Weder das Ergebnis der Pflege noch die Lebensqualität der Pflegebedürftigen können so ermittelt werden“ stellt Petra Schülke, stellvertretende Bundesvorsitzende des VDAB fest. Dirk Wiederhold, Vorstandsvorsitzender des ABVP ergänzt: „Das System ist daher nicht geeignet, die Vorgaben des Gesetzgebers umzusetzen. Leidtragende sind somit die Verbraucher, denen kein objektives Beurteilungskriterium zur Verfügung steht und auch die Pflegeeinrichtungen, deren Arbeit diskreditiert wird.“

Pflegeexperten und anerkannte Wissenschaftler kritisieren seit langem die Schwachstellen der Pflegetransparenzvereinbarungen. Ein Gutachten belegt, dass die Methodik, die zur Beurteilung der Pflegeleistung herangezogen wird, völlig ungeeignet ist. Zunehmend wird diese Auffassung auch von Sozialgerichten vertreten.

Trotz dieser offensichtlichen Mängel wurden mittlerweile über 100 Mio. € Kassengelder aus der Pflegeversicherung in die Umsetzung des Prüfsystems gesteckt. VDAB-Bundesgeschäftsführer Thomas Knieling: „Hier werden Millionen von Versichertenbeiträgen in einem völlig ungeeigneten System versenkt“.

Deshalb rufen VDAB und ABVP alle Beteiligten auf, konstruktiv an einem neuen Prüfsystem zu arbeiten - mit Transparenzkriterien, die aussagekräftig für Verbraucher und fair gegenüber Pflegeeinrichtungen sind.

Der VDAB ist einer der größten privaten Trägerverbände Deutschlands. Er versteht sich als bundesweiter Interessenverband für private, professionelle Pflegeeinrichtungen.

Der ABVP vertritt bundesweit ausschließlich Unternehmen der ambulanten Alten- und Krankenpflege. Er hat mehrere hundert Mitgliedsunternehmen, die mehrere zehntausend Menschen beschäftigen.

Für Rückfragen stehen Ihnen VDAB-Bundesgeschäftsführer Thomas Knieling und ABVP-Bundesgeschäftsführer Endris Björn Heimer gerne zur Verfügung.

Telefon: 030/206165-81  
Email: thomas.knieling(at)vdab.de

Telefon: 0511/5151110  
Email: heimer.e(at)abvp.de

Telefon: 0172/8685600  
Email: presse(at)image3.eu

# Eckpunktepapier der Verbände ABVP, B.A.H. und VDAB zur Überarbeitung der Pflegetransparenzvereinbarungen

## Ausgangslage:

1. Die Vereinbarungspartner sind dem Auftrag des Gesetzgebers nach § 115 Abs. 1a SGB XI in zeitlicher Hinsicht nachgekommen und haben innerhalb eines halben Jahres die Pflegetransparenzvereinbarungen geschlossen.
2. Die vom Gesetzgeber vorgegebene kurze Zeitspanne ermöglichte es nicht, ein nach wissenschaftlichen Kriterien entwickeltes Instrument zu veröffentlichen, umzusetzen und zu evaluieren. (Hasseler, S. 265)
3. Zwischen den Vereinbarungspartnern wurde bereits zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses die Evaluation der bestehenden Vereinbarung(en) vereinbart. Gemeinsam wurde der Auftrag Anfang März 2010 an Prof Hasseler / Prof. Wolf-Ostermann gegeben.
4. In Kenntnis dessen haben die Vereinbarungspartner der PTVen sich dahingehend vereinbart, dass diese überarbeitet werden, sobald die Indikatoren zur Messung von Ergebnisqualität vorliegen.
5. Dass eine kurzfristige Überarbeitung mit Umsetzung zum 1.1.2011 realisiert werden soll, ist vom BMG angesprochen worden. (BMG-Gespräch am 17.6.2010) Nach GKV-Ansicht müssen dafür die Verhandlungen bis Ende September 2010 abgeschlossen sein. (Plenum 18.6.2010; GKV-Protokoll liegt bis dato nicht vor.)
6. Diese abermalige Kurzfristigkeit ist das Resultat eines konstruierten kurzfristigen Änderungsbedarfs (Grundlage MDS/SEG2-Bericht), dem die Ergebnisse
  - des Evaluationsberichts Hasseler/ Wolf-Ostermann
  - des Bonato-Gutachtens
  - der Expertise Wingefeldausdrücklich widersprechen (Risikokriterien i.V.m. Bewertungssystematik, Stichprobe).
7. Sich am 17.6. auf eine zeitliche Einschränkung einzulassen, geschah in Unkenntnis der endgültigen Ergebnisse des Evaluationsberichts Hasseler/Wolf-Ostermann
8. Seit 15.7. liegt der Abschlussbericht Hasseler/Wolf-Ostermann vor! Dieser macht deutlich, dass die PTVen nicht geeignet sind, die Qualität von Pflegeeinrichtungen abzubilden.



Weitere Überarbeitungs- und Verhandlungsschritte aus Sicht der Verbände ABVP, B.A.H. und VDAB:

Vor der weiteren inhaltlichen Überarbeitung der Kriterien müssen die Vertragsparteien insbesondere folgende grundsätzliche Fragen beantworten:

1. Wie kann der Auftrag des Gesetzgebers, Ergebnis- und Lebensqualität darzustellen, umgesetzt werden?
  - a. Kann Lebensqualität überhaupt dargestellt werden?
  - b. Kann Ergebnisqualität derzeit dargestellt werden?
2. Was interessiert den Verbraucher wirklich?
3. Wie können die methodischen Defizite, insbesondere durch Nachweis der Gütekriterien des Instruments und der Bewertungssystematik, behoben werden?

Das setzt eine von Grund auf neue Erarbeitung des Prüfinstruments auf Grundlage der **Empfehlungen des Evaluationsberichts einschließlich des Modellprojekts zur Ergebnisqualität** voraus.

Zu den aufgeworfenen Fragen müssen Wissenschaftler hinzugezogen und beteiligt werden.

Voraussetzungen für die professionelle Umsetzung eines neuen Papiers sind aus Sicht der Verbände ABVP, B.A.H. und VDAB:

- Pre-Test
- internes Qualitätsmanagement der MDKs, insbesondere einheitliche Schulung der MDK-Prüfer; Prüfungen des MDK müssen auch extern überprüft werden
- Transparenz der Prüfinstitutionen
- keine länderspezifischen Abweichungen von der Bundesvereinbarung (Bsp: Lesehilfe BaWü, Auslegungen in RP)

Die Verbände VDAB, B.A.H., ABVP werben dafür, dass die Vereinbarungspartner die Vereinbarung grundsätzlich überarbeiten. Wir werden im Plenum am 17.8.10 einen Antrag auf Vereinbarung einer grundlegenden Überarbeitung und einer neuen Zeitschiene stellen.

### Zeitschiene aus Sicht der Verbände ABVP, B.A.H. und VDAB:

Unter der Voraussetzung der kurzfristigen Begleitung durch die Wissenschaft erscheint folgender Zeitplan möglich:

1. Überarbeitung unter Hinzuziehung von Wissenschaftlern und Einbeziehung der Ergebnisse des Modellprojekts „Ergebnisqualität“ bis 30.6.2011
2. Pretest ab 1.7.2011
3. Umsetzung einer neuen Vereinbarung ab 1.1.2012

### Fazit der Verbände ABVP, B.A.H. und VDAB:

Nach dem Fazit der Wissenschaftler macht es für die Verbände VDAB, B.A.H., ABVP keinen Sinn, Zwischenschritte zu verabschieden, weil sonst die in den festgestellten inhaltlichen, systematischen und statistischen Unzulänglichkeiten fortgesetzt werden.

Auf Grund des von der Wissenschaft und den Verbänden ABVP, B.A.H. und VDAB festgestellten grundlegenden Überarbeitungsbedarfs halten wir kurzfristige Teilüberarbeitungen sowohl inhaltlich, als auch in der Außenwirkung für nicht zielführend.

Im Hinblick auf die Außenwirkung wären die absehbaren weiteren kurzfristigen Änderungen auf Basis des Evaluationsberichts und des Ergebnisses des Modellprojektes zur Ergebnisqualität kontraproduktiv. Den Verbrauchern ist kaum zu vermitteln, dass sich das Prüfsystem vierteljährlich ändert. Für Einrichtungen besteht kaum Rechtssicherheit und eine verlässliche Orientierung an einem geforderten Qualitätsniveau besteht nicht. Das ist für Einrichtungen unzumutbar. Auch der Umgang mit veröffentlichten Ergebnissen auf Basis unterschiedlicher Prüfsysteme würde sich bei einer Überarbeitung in Teilschritten als höchst problematisch erweisen.

**Wir wenden uns ausdrücklich dagegen, die PTVen unter nicht sachgerechten Zeitdruck zu überarbeiten.**

**Die nach unserer Überzeugung notwendige grundlegende Überarbeitung ist im vorgegebenen Zeitplan (Sept / Okt 2010) nicht leistbar.**

**Ein Neuabschluss der Pflegetransparenzvereinbarungen soll erst erfolgen, wenn die Überarbeitung insgesamt abgeschlossen und ein Pre-Test erfolgt ist.**

Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege (ABVP)

Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege (B.A.H)

Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe (VDAB)

18. August 2010

1.901 Zeichen

## **Pflege-Transparenzvereinbarungen: Keine verlässlichen Bewertungen in Aussicht**

**Auf Grundlage des Abschlussberichts der Evaluation haben die Verbände ABVP, B.A.H. und VDAB der Pflege-Selbstverwaltung einen Antrag auf grundsätzliche Überarbeitung der Pflege-Transparenzvereinbarungen vorgelegt und um einen deutlichen Einbezug wissenschaftlicher Erkenntnisse geworben.**

**Die Mehrheit der Leistungserbringerverbände verweigerte gemeinsam mit den Kostenträgern in der gestrigen Plenumsitzung in Berlin die Abstimmung über diesen Antrag. Unter Protest haben daraufhin die Antrag stellenden Verbände die Sitzung verlassen.**

„Die von allen Vertragspartnern angestoßene Überarbeitung der Pflege-Transparenzvereinbarungen eröffnete die Chance für eine grundlegende Novellierung, die wir ergreifen wollten“, so VDAB-Bundesgeschäftsführer Thomas Knieling. „Dies halten wir auf Basis des Abschlussberichts zur Evaluation auch für alternativlos.“ Die Verbände ABVP, B.A.H. und VDAB haben deshalb der Pflege-Selbstverwaltung ihre konkreten Vorstellungen zur weiteren Überarbeitung in einem Antrag vorgelegt. „Die schlichte Weigerung, über die konkreten Vorschläge überhaupt zu entscheiden, ist ein einmaliger Vorgang. Das legt den Schluss nahe, dass an einer grundlegenden Überarbeitung gar kein Interesse besteht“, so Endris Björn Heimer, ABVP-Bundesgeschäftsführer.

B.A.H.-Bundesgeschäftsführer Frank Twardowsky fasst zusammen: „Fakt bleibt: Eine kurzfristige Überarbeitung, welche nicht den Einbezug der neuen Erkenntnisse erlaubt, nützt weder Einrichtungen noch Verbrauchern. Sie bildet vielmehr den Einstieg in das ständige Nachrüsten von Kriterien, das Verbrauchern und Einrichtungen keine Verlässlichkeit bietet. Die Glaubwürdigkeit der Bewertungen wird dadurch nicht gesteigert.“

Die Verbände haben ein Eckpunktepapier zur Überarbeitung der Pflege-Transparenzvereinbarungen auf ihren Internetseiten veröffentlicht.

**Kontakt:**

**Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. (VDAB)**

Ansprechpartnerin: Nicole Meermann

Tel.: 02054 / 95 78-15

[www.vdab.de](http://www.vdab.de)

**Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e.V. (ABVP)**

Ansprechpartner: Endris Björn Heimer

Tel.: 0511 / 515 111-0

[www.abvp.de](http://www.abvp.de)

**Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e. V. (B.A.H.)**

Ansprechpartner: Frank Twardowsky

Tel.: 030 / 369 92 45-0

[www.bah-web.de](http://www.bah-web.de)

26. Juli 2010

2.854 Zeichen

## **VDAB, ABVP und B.A.H. von Evaluationsbericht bestätigt: Gesetzlicher Auftrag zur Transparenz so nicht erfüllbar**

**Vergangene Woche wurde der Abschlussbericht zur Evaluation der bisherigen Ergebnisse der Pflege-Transparenzvereinbarungen vorgelegt. Darin üben die für den Bericht verantwortlichen Wissenschaftler fundamentale Kritik. In ihrem Fazit sind sie der Auffassung, dass sich mit dem gewählten Prüfsystem und mit der vereinbarten Methode die Qualität der Pflegeleistungen nicht abbilden lässt.**

Der Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. (VDAB) sieht sich durch das wissenschaftliche Gutachten in seinen Bedenken bestätigt, die der Verband bereits bei Abschluss der Pflege-Transparenzvereinbarungen formuliert hat. **„Daher wäre es unverantwortlich, weiterhin diesen erwiesenermaßen nicht zum gesetzlichen Ziel führenden Weg zu gehen“**, betont VDAB-Bundesvorsitzender Stephan Baumann. Das Gutachten belege unmissverständlich, dass die Pflegenoten sowohl in ihrem Zustandekommen wie auch als Prüfergebnis einer wissenschaftlichen Überprüfung nicht standhalten. Baumann: „Das heißt konkret: Sowohl die Fragen in den Prüfungen als auch die Art und Weise, wie der MDK zu seiner Benotung kommt, werden von den Gutachtern verworfen.“

Der VDAB, die Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e.V. (B.A.H.) und der Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e.V. (ABVP) widersprechen nachdrücklich den Schlussfolgerungen des Beirats zu den Pflege-Transparenzvereinbarungen, kurzfristige Änderungen schrittweise umzusetzen. Dazu ABVP-Bundesgeschäftsführer Endris Heimer: **„Das Gutachten beweist, dass sich Pflegequalität auf diese Weise nicht abbilden lässt. Jeder Einzelschritt zur Veränderung der Pflege-Transparenzvereinbarungen ist Zeitverschwendung.** Es kann nur eine grundsätzliche Überarbeitung geben. Wenn ich merke, dass ein Medikament nichts nützt, hilft es auch nicht, von Tropfen auf Tabletten umzustellen.“

Für B.A.H.-Geschäftsführer Frank Twardowsky ist klar: „**Es darf zu keiner systematischen Ignoranz der hier im Ansatz vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnisse kommen.** Das künftige Verhandlungsgeschehen ist darauf auszurichten.“

VDAB, ABVP und B.A.H. fordern daher alle Beteiligten einschließlich der politischen Entscheidungsträger im Bund auf, sich gemeinsam zu bemühen, den gesetzgeberischen Auftrag so zu erfüllen, dass er wissenschaftlichen Kriterien genügt. Denn außer um den Verbraucherschutz geht es auch um den Schutz der Pflegeeinrichtungen vor einer falschen Bewertung.

**Kontakt:**

**Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. (VDAB)**

Ansprechpartnerin: Nicole Meermann

Tel.: 02054 / 95 78-15

**Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e.V. (ABVP)**

Ansprechpartner: Endris Björn Heimer

Tel.: 0511 / 515 111-0

**Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege e. V. (B.A.H.)**

Ansprechpartner: Frank Twardowsky

Tel.: 030 / 369 92 45-0



Universität Bielefeld

Institut für Pflegewissenschaft  
an der Universität Bielefeld, IPW

**Expertise zu den Ergebnissen der quantitativen und qualitativen  
Auswertungen im Rahmen der Evaluation der Transparenzvereinbarung  
für die ambulante und stationäre Pflege**

Verfasser: Dr. K. Wingenfeld  
Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld

Bielefeld, 18. Februar 2010

**Inhalt:**

1. Einleitung .....	3
2. Fragestellungen und Materialbasis .....	4
3. Zur Varianz der Qualitätsbewertung (Verteilung der Noten) .....	6
3.1 Die Bewertung auf der Ebene der Einzelkriterien .....	6
3.2 Die Verteilung auf der Ebene der Qualitätsbereiche.....	12
3.3 Die Verteilung auf der Ebene des Gesamtergebnisses.....	14
4. Verhältnis zwischen Kriterienbewertung und Gesamt-/Bereichsbewertungen.....	17
5. Häufung schlechter Prüfergebnisse bei personenbezogenen Kriterien .....	19
6. Übereinstimmung mit anderen Prüfergebnissen und Einschätzungen.....	21
7. Fazit.....	22



## 1. Einleitung

Im Rahmen der Pflege-Transparenzvereinbarungen für die ambulante und stationäre Pflege nach § 115 Abs. 1a SGB V haben sich die Vereinbarungspartner darauf verständigt, eine Evaluation der in diesen Vereinbarungen enthaltenen Regelungen und Kriterien durchzuführen. Hierzu ist Mitte des Jahres 2009 ein Projekt initiiert worden, das spätestens September 2010 abgeschlossen werden soll. Das Projekt umfasst eine Evaluation des Layouts, in dem die Transparenzberichte veröffentlicht werden sollen, die Durchführung eines Workshops zu verschiedenen Fragestellungen sowie eine Auswertung von Daten aus MDK-Qualitätsprüfungen und Falldokumentationen, die über die bisherigen Erfahrungen mit der Qualitätsbeurteilung anhand der in den Vereinbarungen festgelegten Kriterien Auskunft geben.

Mit der Auswertung der aus Qualitätsprüfungen stammenden Daten und Dokumentationen ist der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) beauftragt worden. Mitte Dezember 2009 hat der MDS einen ersten Zwischenbericht „Quantitative Auswertung der Transparenzergebnisse der Medizinischen Dienste für die stationäre Pflege“ erstellt. Im Februar 2010 folgte der Bericht „Quantitative und qualitative Auswertung der Transparenzergebnisse der Medizinischen Dienste für die stationäre und ambulante Pflege“. Zu beiden Arbeiten gehört auch ein Tabellenwerk, das die Auswertungsergebnisse enthält, auf dem diese Berichte beruhen. Alle Berichte wurden nach Angaben des MDS mit einem Projektteam der „Sozialmedizinischen Expertengruppe 2 – Pflege“ (SEG 2) der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung abgestimmt<sup>1</sup>. Eine qualitative Auswertung von Fallbeispielen aus den Qualitätsprüfungen, die in verschiedener Weise dokumentiert werden sollen, erfolgte ebenfalls durch die SEG 2 in Zusammenarbeit mit dem MDS.

Ursprünglich war vorgesehen, die vom MDS übernommenen Projektschritte unter externer wissenschaftlicher Begleitung durchzuführen. Dieser Plan konnte nicht in der ursprünglich vorgesehenen Form umgesetzt werden. Vor diesem Hintergrund erhielt das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) in der zweiten Dezemberhälfte 2009 eine Anfrage des GKV-Spitzenverbandes, ob es möglich sei, sehr kurzfristig eine zusammenfassende Bewertung zu drei zentralen Fragestellungen im erwähnten Zwischenbericht des MDS vorzunehmen. Die Erarbeitung einer entsprechenden Expertise wurde am 4. Januar 2010 abgeschlossen. Im Zuge dieser Entwicklung erklärte sich das IPW dazu bereit, eine erweiterte Bearbeitung auf der Grundlage der Mitte Februar 2010 vorliegenden Ergebnisse vorzunehmen. Der Gegenstand der Expertise hat sich damit auf die Bewertung von Erfahrungen mit den Transparenzkriterien in der ambulanten pflegerischen Versorgung erweitert. Auch liegen nunmehr die Fallbeispiele aus der Prüfpraxis vor, die bei der ersten Expertise noch nicht verfügbar waren. Schließlich wurden die Auswertungen der Daten um einige Punkte und Fragestellungen erweitert, die Bestandteil der Empfehlungen des IPW vom Januar 2010 waren. Der vorliegende Bericht stellt somit die überarbeitete und erweiterte Fassung der im Januar erstellten Expertise dar.

---

<sup>1</sup> Der Einfachheit halber ist im Folgenden nur vom „MDS-Bericht“ die Rede.

Die nachfolgenden Bewertungen sind Ergebnis einer Arbeit, für die sehr wenig Zeit zur Verfügung stand. Dies sollte bei der Lektüre berücksichtigt werden.

## 2. Fragestellungen und Materialbasis

Die Expertise bezieht sich auf folgende Fragestellungen<sup>2</sup>:

1. Wie verteilen sich die Noten sowohl auf Ebene der Kriterien als auch auf Ebene der einzelnen Qualitätsbereiche sowie auf Ebene der Gesamtbewertung?
2. In welchem Verhältnis stehen ausgewählte personenbezogene Kriterien zur Bewertung des entsprechenden Bereichs und zur Gesamtbewertung? Lassen sich dabei einzelne im Vergleich als „schlecht“ bewertete Kriterien isolieren, die mit einer vergleichsweise „guten“ Bewertung auf der entsprechenden Bereichsebene und/oder einer „guten“ Gesamtbewertung einhergehen?
3. Treten schlechte Prüfergebnisse bei personenbezogenen Kriterien eher vereinzelt oder bei eher mehreren Kriterien gleichzeitig auf?

Da die Transparenzvereinbarungen für die Qualitätsbeurteilungen in der ambulanten und stationären Versorgung jeweils unterschiedliche Kriterien vorsehen und die Bewertungssystematik durch andere Strukturen und Merkmale gekennzeichnet ist, werden die Einschätzungen zu diesen Fragestellungen wie im MDS-Bericht getrennt für den ambulanten und stationären Bereich dargestellt.

Ergänzend wurden die mit den Fallbeispielen aus der Prüfpraxis verbundenen Aspekte aufgegriffen. Somit ergibt sich als eine weitere Fragestellung (vgl. MDS-Bericht, S. 6):

4. Inwieweit stimmen die Bewertungen in den Transparenzberichten mit den unmittelbaren Beobachtungen der Qualitätsprüfer und den herkömmlichen Prüfberichten der MDK überein?

Für die Bewertung standen dem IPW der erwähnte Abschlussbericht des MDS über Prüfergebnisse aus der ambulanten und stationären Pflege (Februar 2010), zwei Tabellenwerke mit Ergebnissen von Datenauswertungen sowie die zusammenfassende Beschreibung von Fallbeispielen aus der Prüfpraxis zur Verfügung (ambulante und vollstationäre Pflegeeinrichtungen). Alle Angaben im vorliegenden Bericht stützen sich auf die Zahlen, die in diesen Tabellenwerken bzw. im MDS-Bericht ausgewiesen sind.

Eigene Datenauswertungen konnten nicht vorgenommen werden. In den folgenden Ausführungen wird, wie bereits in der IPW-Expertise vom Januar 2010, an einigen Stellen auf wünschenswerte Ergänzungen und Differenzierungen der Datenauswertungen hingewiesen, die

---

<sup>2</sup> Die Formulierung der Fragestellungen wurde wörtlich aus dem MDS-Bericht (S. 5) übernommen.

eine zuverlässige Einschätzung zu den drei Fragestellungen erleichtern könnten. Diese Hinweise verstehen sich als Empfehlungen für den weiteren Fortgang des Evaluationsprojekts.

Die Datenbasis des MDS-Tabellenwerks umfasst Ergebnisse zu den Transparenzkriterien aus insgesamt 928 Qualitätsprüfungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen. Mit Ausnahme der MDK Rheinland-Pfalz und Niedersachsen sind Daten von allen Medizinischen Diensten einbezogen worden (die Einbeziehung der beiden genannten Bundesländer scheiterte offenkundig an technischen Problemen).

Aus den Qualitätsprüfungen ambulanter Dienste liegen 231 Datensätze und somit deutlich weniger Fälle vor. Die geringere Fallzahl reicht größtenteils aus, um die Fragestellungen in der vorliegenden Untersuchung auch für den ambulanten Bereich zu bearbeiten. Bei einigen Detailfragen, insbesondere bei Kriterien, die im Bereich der ambulanten Versorgung nur selten geprüft werden konnten, bringt sie allerdings Begrenzungen mit sich. Nicht ganz unwichtig ist außerdem die Feststellung, dass in der Stichprobe der ambulanten Dienste große Einrichtungen deutlich überrepräsentiert bzw. kleine Pflegedienste (Dienste mit bis zu 50 Patienten) unterrepräsentiert sind. Dies könnte insbesondere bei der Untersuchung der Frage, inwieweit das in den Transparenzvereinbarungen vorgesehene Verfahren zur Stichprobenziehung tragfähig ist, von Bedeutung sein. Die Daten zur ambulanten Pflege stammen von insgesamt acht Medizinischen Diensten. Bei den anderen Medizinischen Diensten war die Einbeziehung, so der Bericht des MDS, zum Teil aus technischen, zum Teil aus zeitlichen Gründen nicht möglich.

Im verfügbaren Material ist allerdings nicht ausgewiesen, zu welchen Anteilen die Daten aus den verschiedenen Bundesländern stammen. Es existieren auch keine länderspezifischen Auswertungen. Die Frage, inwieweit die interessierenden Sachverhalte in allen Bundesländern gleichmäßig auftreten, kann daher nicht beantwortet werden. Sie ist auch nicht Gegenstand des MDS-Berichts, sollte aber im weiteren Verlauf der Evaluation nicht aus dem Blick geraten.

Für die qualitative Auswertung im Rahmen der Evaluation standen Beispiele aus der Prüfpraxis der Medizinischen Dienste zur Verfügung. Es handelt sich insgesamt um 21 Beispiele aus dem stationären und fünf Beispiele aus dem ambulanten Bereich. Diese Fallbeispiele sind, wie im MDS-Bericht betont wird, in keiner Weise repräsentativ. Sie illustrieren allerdings, inwieweit die in den Transparenzberichten vorgenommene Qualitätsbeurteilung mit den unmittelbaren Erfahrungen der Qualitätsprüfer sowie mit den Ergebnissen der Prüfung nach den Qualitätsprüfungsrichtlinien (QPR) übereinstimmt. Die QPR berücksichtigen Inhalte, die im Rahmen der Transparenzvereinbarungen nicht eingeschlossen sind.

### 3. Zur Varianz der Qualitätsbewertung (Verteilung der Noten)

Die Frage, wie sich die in Schulnoten ausgedrückten Prüfergebnisse innerhalb des vorgesehenen Notenspektrums („sehr gut“ bis „mangelhaft“) verteilen, zielt u.a. auf die Beurteilung der Aussagekraft der Bewertungen, die auf der Grundlage der Transparenzvereinbarungen vorgenommen werden. Ergäben sich einseitig positive oder einseitig negative Bewertungen, so wäre möglicherweise zu folgern, dass das Bewertungssystem der Transparenzvereinbarungen keine ausreichende Differenzierung von Qualität gestattet. Die Verteilung der Noten ist dabei auf drei Ebenen zu beurteilen: auf der Ebene der einzelnen *Kriterien*, auf der Ebene der *Qualitätsbereiche* und auf der Ebene der *Gesamtbewertung*.

#### 3.1 Die Bewertung auf der Ebene der Einzelkriterien

##### *Stationäre Pflege*

Die insgesamt 82 Kriterien, die bei stationären Pflegeeinrichtungen zur Anwendung kommen, weisen unterschiedliche Verteilungen auf, allerdings zeigen sich bestimmte, typische Muster. Das auffälligste Muster besteht darin, dass *bei 76 der 82 Kriterien die Note „sehr gut“ am häufigsten* auftritt. Eine Ausnahme bilden lediglich die folgenden sechs Kriterien:

- Nr. 7: Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?
- Nr. 20: Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung?
- Nr. 27: Wird das individuelle Kontrakturrisiko erfasst?
- Nr. 28: Werden die erforderlichen Kontrakturprophylaxen durchgeführt?
- Nr. 39: Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag ermittelt und dokumentiert und werden daraus Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?
- Nr. 53: Wird die Eingewöhnungsphase systematisch ausgewertet?

Die folgende Tabelle lässt erkennen, bei wie vielen Kriterien die Note „sehr gut“ mit dem jeweiligen Prozentanteil auftaucht<sup>3</sup>:

Anteil der Note „sehr gut“	Anzahl der Kriterien (insg. 82)
81% bis 100%	38
61% bis 80%	16
41% bis 60%	19
21% bis 40%	9

Danach erreichen bei 38 Kriterien jeweils über 80% der einbezogenen Einrichtungen ein „sehr gut“. Ein absolutes Übergewicht der Note „sehr gut“ (mehr als 50% der Einrichtungen) lässt sich bei drei Vierteln, d.h. 62 der 82 Kriterien feststellen. Lässt man die Bewohnerbefra-

<sup>3</sup> Quelle: Anlage zum MDS-Bericht, eigene Berechnungen.

gung unberücksichtigt, so trifft dies immer noch auf 44 von 64 Kriterien zu, was einem Anteil von 69% entspricht.

Zu berücksichtigen ist, dass dieses Übergewicht in den Qualitätsbereichen 3 und 4 („Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung“ und „Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene“) auch dadurch gefördert wird, dass hier ausschließlich einrichtungsbezogene Merkmale mit einer dichotomen Bewertung („erfüllt“ = „sehr gut“ oder „nicht erfüllt“ = „mangelhaft“) berücksichtigt werden.

Mit der geschilderten Dominanz der Note „sehr gut“ hängt zusammen, dass recht viele Kriterien eine *einseitig positive Ausprägung* aufweisen, d.h. bei ihnen ergeben sich in mehr als 80% der Fälle die Beurteilungen „*sehr gut*“ oder „*gut*“. Dies trifft auf die meisten Kriterien der Bewohnerbefragung und ebenso auf die meisten Kriterien im Qualitätsbereich „Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene“ zu. Doch auch in den anderen Bereichen gibt es solche Konstellationen, beispielsweise bei den Kriterien Nr. 50 (Maßnahmen zur Kontaktpflege zu den Angehörigen), Nr. 40 (Verfügbarkeit zielgruppengerechter Bewegungs- und Aufenthaltsflächen), Nr. 35 (schriftliche Verfahrensanweisungen zu Erster Hilfe und Verhalten in Notfällen)<sup>4</sup>, Nr. 33 (personelle Kontinuität in der Pflege), Nr. 15 (angemessener Ernährungszustand) oder Nr. 1 (aktive Kommunikation mit dem Arzt bei Bedarf). Ohne die Bewohnerbefragung handelt es sich um 27 von 64 Kriterien.

Eine Interpretation der einseitig positiven Ausprägung der Einzelkriterien muss differenziert vorgenommen werden:

- Im Falle der Bewohnerbefragung bestätigt sich die aus zahlreichen Forschungsarbeiten bekannte Beobachtung, dass Menschen, die auf Unterstützung durch Institutionen angewiesen sind, zu ausgesprochen positiven Zufriedenheitsaussagen und Bewertungen tendieren.
- Bei den übrigen Kriterien fällt auf, dass es sich nicht ausschließlich, aber doch häufig um einrichtungsbezogene Kriterien handelt, die mit „erfüllt“ oder „nicht erfüllt“ bewertet werden, ohne dass eine weitere Differenzierung erfolgt. Bei manchen Kriterien (z.B. Nr. 60: Angebot von Diätkost) erscheint eine solche Differenzierung nicht notwendig. Bei anderen kann das grobe Erfüllung-Nichterfüllung-Schema jedoch zu einer Nivellierung von Qualitätsunterschieden zwischen Einrichtungen führen, beispielsweise bei der Ausgestaltung von Gruppen- und Einzelangeboten (Nr. 46 und 47). Im weiteren Verlauf der Evaluation sollte überprüft werden, bei welchen Kriterien es durch eine zu grobe Antwortskala zu einer solchen Nivellierung von Qualitätsunterschieden kommen kann.
- Grundsätzlich muss die Frage, ob einseitig positive Bewertungen auf eine Schwachstelle der Beurteilung schließen lassen, bei jedem Kriterium gesondert geprüft werden. Bei einer solchen Prüfung sollten zwei Aspekte bzw. Ziele der vorliegenden Form der Qualitätsbeurteilung berücksichtigt werden. Ziel ist es *zum einen*, Nutzern bzw. potenziellen Nutzern

---

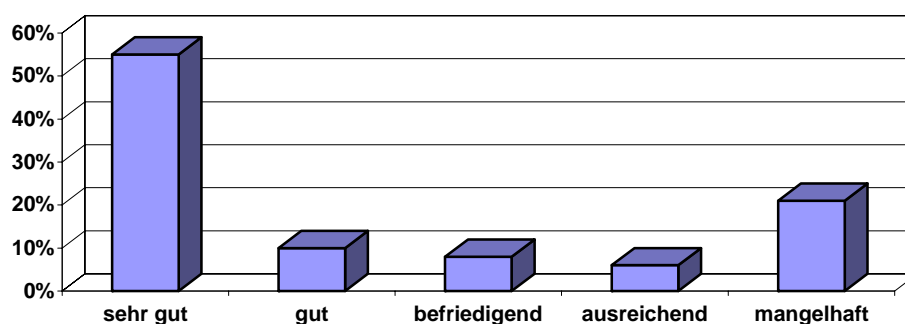
<sup>4</sup> Bei diesem Kriterium erhielten alle einbezogenen Einrichtungen ein „sehr gut“.

von Pflegeeinrichtungen eine vergleichende Beurteilung „ihres“ Heims oder eine auf verlässliche Information gestützte Auswahl einer Einrichtung zu ermöglichen. In dieser Hinsicht leistet ein Kriterium, dessen Erfüllung nahezu selbstverständlich ist, nicht viel. Wichtig ist jedoch *zum anderen*, dass die Veröffentlichung von Qualitätsbeurteilungen einen starken Anreiz für eine entsprechende Qualitätsentwicklung der Einrichtungen bietet. Durch die Aufnahme eines Kriteriums in die Transparenzvereinbarung entsteht durch diesen Mechanismus ein gewisser Mindeststandard. Es kann daher in Einzelfällen zielführend sein, ein Kriterium auch dann beizubehalten, wenn es vom Großteil der Einrichtungen erfüllt wird. Kriterien allerdings, die weder für den Nutzer einen Informationsgewinn noch einen Zugewinn für die Qualitätssicherung mit sich bringen, sind im Rahmen der Transparenzkriterien eher verzichtbar.

Kriterien mit einer einseitig *negativen* Ausprägung in einer vergleichbaren Größenordnung (>80% der Fälle) kommen nicht vor. Wohl aber gibt es einige Kriterien, die durch einen vergleichsweise hohen Anteil (>30%) der Bewertung „mangelhaft“ auffallen. Die meisten von ihnen finden sich im Qualitätsbereich „Pflege und medizinische Versorgung“ (9 von 35 Kriterien in diesem Bereich).

Bei diesen Kriterien wird ein weiteres Merkmal der Notenverteilungen deutlich, nämlich die *Tendenz zu den Extremwerten* „sehr gut“ und „mangelhaft“. Diese beiden Bewertungen stehen ausnahmslos bei allen Kriterien im Vordergrund. Anders ausgedrückt: Die drei Noten „gut“, „befriedigend“ und „ausreichend“ kommen auch dort, wo sie vorgesehen sind (Qualitätsbereiche 1, 2 und 5), bemerkenswert selten vor<sup>5</sup>. Die folgenden Grafiken verdeutlichen diesen Sachverhalt für die Qualitätsbereiche 1 und 2, indem sie den Anteil darstellen, der der jeweiligen Note im Durchschnitt der personenbezogenen Kriterien zukommt<sup>6</sup>.

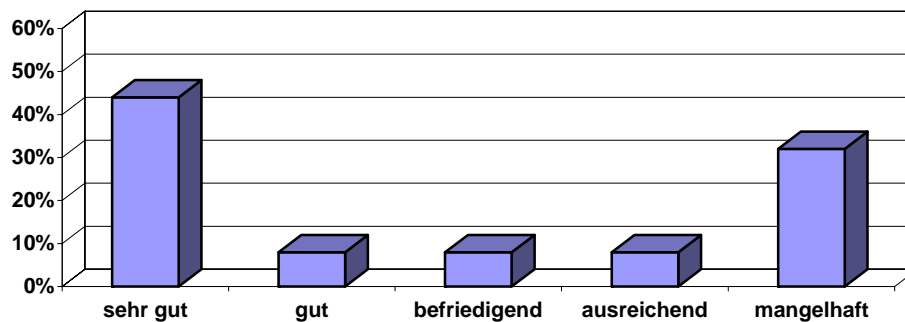
**Durchschnittlicher Anteil der Noten an den Bewertungen der 33 personenbezogenen Kriterien aus dem Qualitätsbereich 1**



<sup>5</sup> Das größte Gewicht haben diese Noten im Qualitätsbereich 1 „Pflege und medizinische Versorgung“. Hier kam es im Durchschnitt aller Kriterien in 24% der Fälle zur Beurteilung „gut“, „befriedigend“ oder „ausreichend“. Bei durchschnittlich 76% ergab sich hingegen das Ergebnis „sehr gut“ oder „mangelhaft“.

<sup>6</sup> Quelle: Anlage zum MDS-Bericht, eigene Berechnungen.

**Durchschnittlicher Anteil der Noten an den Bewertungen der fünf personenbezogenen Kriterien aus dem Qualitätsbereich 2**



Wie erklären sich diese Verteilungen? Bei den einrichtungsbezogenen Kriterien sind von vornherein nur Extremwerte zur Beurteilung vorgesehen, insofern ist die Tendenz zu Extremwerten dort festgeschrieben. Bei den bewohnerbezogenen Kriterien ist diese Verteilung jedoch nicht unbedingt zu erwarten. Doch auch hier könnte die Dominanz der Extremwerte gewissermaßen in der Natur der Sache liegen. Dies sei am Beispiel des Kriteriums Nr. 20 „Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung?“ erläutert: Einrichtungen, bei denen ein professionelles Schmerzmanagement Routine ist, werden hier stets ein „sehr gut“ erreichen. Dass in solchen Einrichtungen mit etablierten Arbeitsroutinen die Schmerzeinschätzung regelmäßig *bei einem Teil* der Bewohner vergessen wird *und* diese Bewohner bei der Stichprobenziehung erfasst werden, dürfte vergleichsweise selten sein (dies wäre eine typische Konstellation für die Noten „gut“, „befriedigend“ und „ausreichend“). In Einrichtungen hingegen, in denen die Schmerzeinschätzung nicht zur Routine gehört, ist nicht zu erwarten, dass es einen relevanten Anteil der Bewohner gibt, bei denen eine Schmerzeinschätzung durchgeführt wurde. Bei vielen anderen bewohnerbezogenen Kriterien liegen vermutlich ähnliche Verhältnisse vor. Vereinfacht gesagt: Entweder sind die betreffenden Prozesse Bestandteil des Versorgungsalltags und kommen daher bei *allen oder nahezu allen* Bewohnern mit entsprechendem Bedarf zum Einsatz („sehr gut“), oder sie sind es nicht und daher allenfalls sporadisch anzutreffen („mangelhaft“). Konstellationen, die dazwischen liegen, sind eher selten oder eventuell auch Ausdruck gelegentlicher Dokumentationsdefizite.

Möglicherweise ist die Tendenz zu den Extremwerten also in der Sache angelegt. Dann aber würde sich die Frage stellen, inwieweit ein fünfstufiges Benotungssystem eine angemessene Bewertungsskala zur Verfügung stellt. Im weiteren Verlauf der Evaluation sollte diese Frage noch einmal näher geprüft werden. Denn hier liegt möglicherweise eine Erklärung für die überraschend hohen Anteile der Einrichtungen, die im Qualitätsbereich 1 und beim rechnerischen Gesamtergebnis die Bewertungen „sehr gut“ und „gut“ aufweisen.

*Festzuhalten bleibt somit, dass die Verteilung der Noten auf der Ebene der Einzelkriterien eher unausgewogen ist. Charakteristisch ist die Tendenz zu Extremwerten mit starker Dominanz der Note „sehr gut“. Möglicherweise hat diese Verteilung ungewollte Effekte auf die Bereichs- und Gesamtbewertung.*

Manche personenbezogene Kriterien werden lediglich in einem Teil der Einrichtungen in die Bewertung einbezogen oder oft nur auf der Basis einer geringen Bewohnerzahl bewertet. Dies gilt vor allem für die Kriterien Nr. 5, 8 bis 11, 19, 29 und 30 aus dem Qualitätsbereich 1. Mit einer unsystematischen Internetrecherche wurde ein bereits veröffentlichter Transparenzbericht ausfindig gemacht, bei dem die Bewertung dieser Kriterien anhand folgender Bewohnerzahlen erfolgte (Einrichtung mit rund 60 Bewohnern):

Nr. 5: kein Bewohner

Nr. 8: Ein Bewohner, Note: sehr gut (1,0)

Nr. 9: Ein Bewohner, Note: mangelhaft (5,0)

Nr. 10: Ein Bewohner, Note: sehr gut (1,0)

Nr. 11: Ein Bewohner, Note: mangelhaft (5,0)

Nr. 19: Zwei Bewohner, Note: mangelhaft (5,0)

Nr. 29: Ein Bewohner, Note: sehr gut (1,0)

Nr. 30: Ein Bewohner, Note: sehr gut (1,0)

Zwei Punkte werden anhand dieses Beispiels deutlich:

- Die Tendenz zu den Extremwerten 1,0 und 5,0 wird auch durch die nur selten geprüften Kriterien gefördert.
- Aus wissenschaftlicher Perspektive können Bewertungen, die auf so geringen Fallzahlen beruhen, nicht als aussagekräftig bezeichnet werden.

Der MDS-Bericht enthält zu diesem Thema eine Tabelle, die die Häufigkeit ausweist, mit der Personen mit einem zutreffenden Kriterium in den Stichproben der jeweiligen Einrichtungen vertreten waren. Dabei zeigt sich unter anderem, dass neun der 33 bewohnerbezogenen Kriterien im Qualitätsbereich 1 häufig (zwischen 23 und 64% der Einrichtungen) nicht überprüft werden konnten, weil sie in der Stichprobe nicht vertreten waren.

Unter methodischen Gesichtspunkten wiegt jedoch schwerer, dass Bewertungen auch dann vorgenommen werden, wenn nur *eine* Person in der Stichprobe vertreten ist. Bei elf der 33 bewohnerbezogenen Kriterien war dies in einem relativ hohen Umfang (zwischen 20 und 35 % der Einrichtungen) der Fall. Anders ausgedrückt: Bei einem Drittel der Kriterien muss man davon ausgehen, dass die Bewertung häufig lediglich anhand einer einzigen Person erfolgt. Noch einmal sei betont, dass solche Bewertungen aus wissenschaftlicher Perspektive nicht tragfähig sind. Die entsprechende Datenaufstellung im MDS-Bericht zeigt, dass an diesen Punkten erheblicher Handlungsbedarf besteht.

*Der Umgang mit Stichprobenkonstellationen, die zu solchen Problemen führen, sowie die besonderen Anforderungen bei der Bewertung von nur selten prüfbar Kriterien sollte daher überdacht werden. Möglicherweise wäre es sinnvoll, eine Mindestfallzahl als Voraussetzung für die Einbeziehung in die Bewertung zu definieren.*



## ***Ambulante Pflege***

Die Verteilung der Bewertungen auf der Ebene der Einzelkriterien zeigt im Bereich der ambulanten Versorgung ähnliche Strukturen wie bei der stationären Pflege. Auch in diesem Fall ist auffällig, dass die Note „sehr gut“ am häufigsten auftritt. Auf diese Note entfällt bei 46 der insgesamt 49 Kriterien jeweils der höchste Anteil der Bewertungen (94% der Kriterien). Die folgende Tabelle zeigt, zu welchem Prozentanteil diese Note auftritt<sup>7</sup>:

Anteil der Note „sehr gut“	Anzahl der Kriterien (insg. 49)
81% bis 100%	18
61% bis 80%	17
41% bis 60%	12
21% bis 40%	2

Ähnlich wie bei der stationären Versorgung ist zu berücksichtigen, dass der Qualitätsbereich „Dienstleistung und Organisation“ bis auf eine Ausnahme lediglich einrichtungsbezogene Merkmale mit einer dichotomen Bewertung („erfüllt“ oder „nicht erfüllt“ = „sehr gut“ oder „mangelhaft“) beinhaltet.

Das starke Übergewicht der Note „sehr gut“ führt auch hier dazu, dass bei vielen Kriterien eine einseitig positive Ausprägung zu beobachten ist. Ebenfalls analog zur stationären Versorgung lässt sich feststellen, dass Kriterien mit einer einseitig negativen Ausprägung praktisch nicht vorkommen. Es gibt lediglich ein Kriterium, bei dem die Note „mangelhaft“ stark überwiegt (bei 61 % der bewerteten Einrichtungen), nämlich die Berücksichtigung individueller Risiken hinsichtlich von Kontrakturen bei der Erbringung der Leistungen<sup>8</sup>.

Trotz der Dominanz der Note „sehr gut“ zeigt sich ähnlich wie im Falle der stationären Versorgung auch hier wieder die Tendenz zu den Extremwerten. Es gibt kein einziges Kriterium, bei dem der Anteil der Einrichtungen, bei denen entweder ein „sehr gut“ oder „mangelhaft“ festgestellt wurde, unter 66% liegt. Bei 45 der insgesamt 49 Kriterien liegt der Anteil der beiden Noten zusammengenommen sogar bei über 80%. Anders ausgedrückt: Die Noten „gut“, „befriedigend“ und „ausreichend“ kommen ähnlich wie im Bereich der stationären Pflege bei der Bewertung der Einzelkriterien auffällig selten vor.

*Somit erweist sich auch im Bereich der ambulanten Pflege, dass die Verteilung der Noten auf der Ebene der Einzelkriterien unausgewogen ist und eine Tendenz zu Extremwerten besteht. Auch hier ist eine stark ausgeprägte Dominanz der Note „sehr gut“ festzustellen.*

Das Problem, dass es bei der Bewertung der Einzelkriterien zu sehr geringen Fallzahlen kommt oder eine Bewertung gar nicht möglich ist, weil kein Pflegebedürftiger mit einer ent-

<sup>7</sup> Quelle: Anlage zum MDS-Bericht, eigene Berechnungen.

<sup>8</sup> Bei zwei weiteren Kriterien (Nr. 1 und 16) überwiegt die Note mangelhaft ebenfalls, ihr Anteil liegt dort aber in der gleichen Größenordnung wie der Anteil der Note „sehr gut“.

sprechenden Problemlage in der Stichprobe vertreten ist, tritt im Bereich der ambulanten Pflege noch deutlicher zu Tage als im Bereich der stationären Versorgung. Hier fällt auf, dass es bei den Kriterien im Qualitätsbereich 1 „Pflegerische Leistungen“ nicht die Ausnahme, sondern die Regel ist, dass die Kriterienbewertung anhand von maximal zwei Pflegebedürftigen erfolgt. Bis auf vier der 17 Kriterien liegt der Anteil der Einrichtungen, bei denen mehr als zwei Personen in die Bewertung einbezogen werden konnten, unter 30%. Bei solchen Strukturen muss aus methodischer Sicht festgestellt werden, dass die Stichprobenkonstruktion keine verlässlichen Qualitätsaussagen über die Leistungen eines Dienstes erwarten lässt. Hier ist zu viel von Zufällen abhängig.

Im Qualitätsbereich 2 „Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen“ ist das Problem noch stärker ausgeprägt. Hier zeigt sich außerdem, dass acht der insgesamt zehn Kriterien jeweils in weit mehr als der Hälfte der geprüften Einrichtungen gar nicht bewertet werden konnte, weil in der Stichprobe keine Pflegebedürftigen mit einem entsprechenden Bedarf vorlagen. Auf der Grundlage von drei oder vier von insgesamt 10 Kriterien können jedoch keine Bereichsergebnisse berechnet werden, die Vergleiche mit der Qualität anderer Dienste erlauben. Aus wissenschaftlicher Sicht stellt sich hier die Frage, ob nicht besser gänzlich auf eine Bereichsbewertung verzichtet werden sollte, wenn die Bewertungsbasis so schmal ausfällt.

### 3.2 Die Verteilung auf der Ebene der Qualitätsbereiche

#### *Stationäre Pflege*

Die Verteilung der Noten auf der Ebene der Qualitätsbereiche in der stationären Versorgung ist etwas ausgewogener als die Verteilung auf der Ebene der Kriterien, allerdings nicht in allen Bereichen. So dominiert in den Qualitätsbereichen 2 bis 5 ähnlich wie im Falle der meisten Einzelkriterien die Note „sehr gut“. Auf sie entfällt jeweils der in der folgenden Übersicht angegebene Prozentanteil. Ausgewiesen ist dort ebenfalls der Anteil der Note „gut“.

**Bereichsbewertungen stationäre Pflege (n=928 Einrichtungen)<sup>9</sup>**

Qualitätsbereich	Anteil der Note „sehr gut“	Anteil der Note „gut“	zusammen
1. Pflege und medizinische Versorgung	25,5	30,2	55,7
2. Umgang mit demenzkranken Bewohnern	40,3	21,0	61,3
3. Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung	50,3	15,1	65,4
4. Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene	77,6	12,5	90,1
5. Befragung der Bewohner	94,8	4,7	99,5

Anders als auf der Ebene der Einzelkriterien tritt die Tendenz der Häufung bei beiden (positiven *und* negativen) Extremwerte nicht mehr auf, es besteht nur noch eine Tendenz zum posi-

<sup>9</sup> Quelle: Tabellenwerk zum MDS-Bericht.

tiven Wert. Der Anteil der Note „mangelhaft“ liegt in den ersten drei Bereichen bei 4,3 bis 9,1%. Im Qualitätsbereich 4 beläuft er sich auf 1,2%. Bei der Bewohnerbefragung kam es in keinem Fall zu einer solchen Bewertung.

Diese Verteilung ist angesichts der Strukturen, die bei der Benotung der Einzelkriterien zu beobachten sind, zu erwarten. Vereinfacht gesagt: Die beiden bei den Einzelkriterien am häufigsten vorkommenden Noten „sehr gut“ und „mangelhaft“ werden bei der Zusammenführung der Einzelergebnisse zu einer Bereichsnote miteinander verrechnet und dadurch relativiert, wobei die starke Dominanz der Note „sehr gut“ dazu führt, dass sich der Trend zu einer eher positiven Bewertung auch auf der Ebene der Qualitätsbereiche durchsetzt, wenn auch in abgeschwächter Form.

Durch die Verrechnung entsteht somit etwas mehr Ausgewogenheit in der Notenverteilung. Es fällt jedoch auf, dass die Streuung in den Bereichen 4 und 5 weiterhin gering bleibt, so dass hier in Frage steht, ob sich mit solchen Bewertungen Qualitätsunterschiede darstellen lassen.

### ***Ambulante Pflege***

Die Verteilung der Bereichsbewertungen weist im ambulanten Bereich ähnlich Strukturen auf, wobei die Tendenz zu den Noten „sehr gut“ und „gut“ – mit Ausnahme des Bereichs 4 „Befragung der Kunden“ – etwas schwächer ausfällt. Auf die Note „sehr gut“ entfällt jeweils der in der folgenden Übersicht angegebene Prozentanteil, wobei auch hier wieder der Anteil der Note „gut“ ausgewiesen ist:

**Bereichsbewertungen ambulante Pflege (n=231 Einrichtungen)**

Qualitätsbereich	Anteil der Note „sehr gut“	Anteil der Note „gut“	zusammen
1. Pflegerische Leistungen	23,8	20,3	44,2
2. Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen	41,1	16,9	58,0
3. Dienstleistung und Organisation	61,0	12,1	73,2
4. Befragung der Kunden	97,0	2,6	99,6

Die Verteilung der Bereichsbewertungen erscheint insgesamt etwas ausgewogener als im Falle der stationären Versorgung. Auch der Anteil der Note „mangelhaft“ liegt in den ersten drei Bereichen bei 8,2 bis 24,2% und damit vergleichsweise hoch. Bei der Nutzerbefragung gab es in einem einzigen Fall die Bewertung „mangelhaft“, die Bewertungen „befriedigend“ und „ausreichend“ kamen gar nicht vor.

Die stärkere Ausgewogenheit in den Qualitätsbereichen 1 und 2 darf vor dem Hintergrund der Probleme im Zusammenhang mit der oft schwachen Datenbasis (Einzelkriterien, s.o.), auf der die Bereichsbewertungen beruhen, allerdings nicht überschätzt werden.

### 3.3 Die Verteilung auf der Ebene des Gesamtergebnisses

#### *Stationäre Pflege*

Das rechnerische Gesamtergebnis wird in diesem Versorgungsbereich durch eine Mittelwertbildung sämtlicher Ergebnisse der Einzelkriterien der Bereiche 1 bis 4 (d.h. ohne Berücksichtigung der Bewohnerbefragung) ermittelt. In der Verteilung der Notenwerte des Gesamtergebnisses ist erneut ein Übergewicht der positiven Bewertungen erkennbar. So wurde bei insgesamt 67,3% der Einrichtungen ein „sehr gut“ oder „gut“ ermittelt. Die Verteilung der Notenwerte des Gesamtergebnisses und der einzelnen Qualitätsbereiche zeigt die folgende, aus dem Tabellenwerk des MDS entlehnte Tabelle:

Verteilung der Notenwerte des Gesamtergebnisses und der einzelnen Qualitätsbereiche (in Prozent, n=928)					
	„sehr gut“	„gut“	„befr.“	„ausr.“	„mangelh.“
1. Pflege und medizinische Versorgung	25,5	30,2	27,4	12,6	4,3
2. Umgang mit demenzkranken Bewohnern	40,3	21,0	18,0	11,6	9,1
3. Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung	50,3	15,1	23,1	5,3	6,3
4. Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft, Hygiene	77,6	12,5	5,8	2,9	1,2
<b>Rechnerisches Gesamtergebnis</b>	<b>32,0</b>	<b>35,3</b>	<b>22,6</b>	<b>8,4</b>	<b>1,6</b>

Die Tabelle lässt u.a. erkennen, dass die Ergebnisse des Qualitätsbereichs 1 den stärksten Zusammenhang zum Gesamtergebnis aufweisen, d.h. die Prozentwerte liegen in diesen beiden Fällen recht nah beieinander. Dieser Zusammenhang wird im MDS-Bericht auch durch einen Korrelationstest nachgewiesen. Das Ergebnis war zu erwarten, weil dieser Bereich 35 der 64 Kriterien umfasst, die in die Berechnung des Gesamtergebnisses eingehen, also eine hohe Gewichtung aufweist.

Bei genauerer Betrachtung der Zahlen stellt sich jedoch die Frage nach der Plausibilität der Notenverteilung auf der Ebene des Gesamtergebnisses. So ist beispielsweise schwer nachvollziehbar, weshalb lediglich 1,6% der Einrichtungen das rechnerische Gesamtergebnis „mangelhaft“ aufweisen, obwohl der Anteil der Einrichtungen mit dieser Bewertung in den Qualitätsbereichen 1, 2 und 3 zwischen 4,3% und 9,1% liegt, d.h. um das drei- bis sechsfache höher. Dies ist vor allem deshalb nicht plausibel, weil diese drei Bereiche zusammen 55 der 64 berücksichtigten Kriterien liefern und somit einen entscheidenden Einfluss auf das Gesamtergebnis nehmen müssten. Besonders auffällig ist hierbei der Unterschied zwischen dem rechnerischen Gesamtergebnis und dem Bereich 1 „Pflege und medizinische Versorgung“. Dieser Bereich liefert rund die Hälfte der Kriterien für die Berechnung des Gesamtergebnisses (35 von 64)<sup>10</sup>. Dennoch liegt hier der Anteil der Einrichtungen mit der Note „mangelhaft“

<sup>10</sup> An dieser hohen Gewichtung ändert sich auch dadurch nichts, dass einzelne Kriterien im Bereich 1 nicht vorkommen (weil die Stichprobe bei der Qualitätsprüfung keinen Bewohner mit einem entsprechenden Merkmal erfasst hat).

dreimal so hoch wie das Gesamtergebnis. Unter inhaltlichen Gesichtspunkten ist dies nicht plausibel<sup>11</sup>.

Für diese Unterschiede kommen vor allem zwei Erklärungen in Betracht:

- Ein Grund könnte darin liegen, dass schlechte Bewertungen in einem Bereich durch gute Bewertungen in anderen Bereichen ausgeglichen werden. Die im MDS-Bericht ausgewiesenen Zahlen (Kreuztabellen, die aufzeigen, wie die Ergebnisse der Qualitätsbereiche mit dem Gesamtergebnis korrelieren – S. 11f.) sprechen eher gegen diese Annahme. Eine Kreuztabellierung der Bereichsergebnisse untereinander, die näheren Aufschluss über die Homogenität der Bereichsbewertungen geben könnte, ist in dem Bericht und dem dazugehörigen Tabellenwerk allerdings nicht vorhanden.
- Wahrscheinlicher scheint zu sein, dass die genannten Abweichungen auf eine Schwachstelle der Bewertungssystematik zurückzuführen sind. Denn beim Vergleich des Gesamtergebnisses mit der Notenverteilung in den vier Qualitätsbereichen ist zu berücksichtigen, dass das Gesamtergebnis nicht aus den Teilergebnissen dieser Bereiche, sondern aus dem arithmetischen Mittel aller 64 Kriterien der vier Qualitätsbereiche gebildet wird. Hierdurch kommt es zu abweichenden Gewichtungen von Einzelkriterien auf der Ebene von Bereichs- und Gesamtbewertungen. Vermutlich liegt hier die wesentliche Ursache für die angesprochenen Diskrepanzen.

Zur näheren Bewertung wäre eine differenzierte Darstellung der Verteilung des Gesamtergebnisses hilfreich. So wäre es sinnvoll, die Verteilung der konkreten Werte des rechnerischen Gesamtergebnisses (als Kommazahlen) auszuweisen<sup>12</sup>.

Als Fazit lässt sich festhalten, dass die Verteilung des rechnerischen Gesamtergebnisses über das Notenspektrum eine Tendenz zu positiven Bewertungen aufweist (67,3% der Einrichtungen: „sehr gut“ oder „gut“). Die Dominanz der Note „sehr gut“, die sich bei den Einzelkriterien und auch in den Bewertungen auf der Ebene der Qualitätsbereiche zeigte, ist hier allerdings gebrochen. Nicht plausibel sind die Abweichungen zwischen dem Anteil der im Gesamtergebnis als „mangelhaft“ bewerteten Einrichtungen und dem deutlich höheren Anteil der Einrichtungen, die in den ersten drei Qualitätsbereichen entsprechend negativ bewertet wurden.

---

<sup>11</sup> Ähnliche Fragen stellen sich beim Vergleich der Anteile der Einrichtungen mit der Bewertung „ausreichend“.

<sup>12</sup> Bei Bewertungssystemen, die wie im vorliegenden Fall mit Punkteskalen und Schwellenwerten arbeiten, kommt es mitunter zu Häufungen in bestimmten Punktbereichen, die quer zu den durch die Schwellenwerte definierten Clustern liegen. Hierdurch kann es zu vermeidbaren Unschärfen in der Abgrenzung von Bewertungen kommen.

### *Ambulante Pflege*

Auch im Bereich der ambulanten Pflege wird das rechnerische Gesamtergebnis über den Mittelwert sämtlicher Bewertungen der gültigen Einzelkriterien unter Ausschluss der Nutzerbefragung errechnet. Der Anteil der Einrichtungen, die auf dieser Ebene ein „sehr gut“ oder „gut“ erreichten, liegt bei fast 60%. Die Bewertung „mangelhaft“ kommt mit einem Anteil von 10% der Einrichtungen deutlich häufiger vor als im Falle der stationären Versorgung.

Die folgende, aus dem Tabellenwerk des MDS entlehnte Tabelle illustriert den Zusammenhang zwischen Bereichs- und Gesamtbewertung:

<b>Ambulante Pflege: Verteilung der Notenwerte des Gesamtergebnisses und der einzelnen Qualitätsbereiche (in Prozent, n=231)</b>					
Qualitätsbereich	„sehr gut“	„gut“	„befr.“	„ausr.“	„mangelh.“
1. Pflegerische Leistungen	23,8	20,3	14,7	16,9	24,2
2. Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen	41,1	16,9	16,9	11,3	13,9
3. Dienstleistung und Organisation	61,0	12,1	12,1	6,5	8,2
<b>Rechnerisches Gesamtergebnis</b>	<b>31,6</b>	<b>27,7</b>	<b>20,3</b>	<b>10,4</b>	<b>10,0</b>

Im ambulanten Bereich weisen die Ergebnisse des Qualitätsbereichs 1 den stärksten Zusammenhang zum Gesamtergebnis auf, was zu erwarten war, weil dieser Bereich von allen drei berücksichtigten Bereichen die meisten Einzelkriterien liefert, die in die Bewertung eingehen.

Einschränkungen der Plausibilität des Zusammenhangs zwischen Bereichs- und Gesamtergebnis bei der Bewertung „mangelhaft“, wie sie für den stationären Bereich festgestellt wurden, treten auch bei der Beurteilung ambulanter Pflegedienste auf. Obwohl der Qualitätsbereich 1 am stärksten gewichtet wird und bei rund 24% der geprüften Einrichtungen mit „mangelhaft“ bewertet wurde, liegt der Anteil dieser Bewertung auf der Ebene des rechnerischen Gesamtergebnisses deutlich niedriger bei lediglich 10%. Ähnlich wie im stationären Bereich stellt sich die Frage, wie diese Diskrepanz erklärt werden kann.

Häufiger als dort scheint es vorzukommen, dass es gute Gesamtbewertungen trotz schlechter Bereichsbewertungen gibt. So gibt es immerhin 5 von 64 Einrichtungen, die ein „mangelhaft“ im zentralen Qualitätsbereich 1 aufweisen, aber dennoch die Gesamtbewertung „gut“ erhielten. Auch andere Ergebnisse zeigen, dass der Zusammenhang zwischen Bereichs- und Gesamtbewertungen schwächer ist als im Falle der stationären Pflege (vgl. MDS-Bericht, S. 24).

So ist auch für die ambulante Pflege zu resümieren, dass es Brüche im Zusammenhang zwischen Bereichs- und Gesamtbewertungen gibt. Sie sind stärker ausgeprägt als bei stationären Pflegeeinrichtungen und schließen auch solche Fälle ein, in denen eine Bereichsbewertung „sehr gut“ mit den Gesamtbewertungen „ausreichend“ oder gar „mangelhaft“ einhergeht. Dies kommt zwar relativ selten vor, wird aber durch die Bewertungssystematik nicht ausgeschlossen.

#### 4. Verhältnis zwischen Kriterienbewertung und Gesamt-/Bereichsbewertungen

Die zweite zentrale Fragestellung lautet, in welchem Verhältnis personenbezogene Kriterien zur Bewertung des entsprechenden Bereichs und zur Gesamtbewertung stehen. Von Interesse ist insbesondere die Frage, ob Einrichtungen gute oder sehr gute Bereichs-/Gesamtbewertungen erhalten, obwohl einzelne Kriterien als mangelhaft bewertet wurden.

Grundsätzlich lässt die Bewertungssystematik dies zu. Im Qualitätsbereich 1 für die stationäre Versorgung beispielsweise kann die Bereichsnote „sehr gut“ theoretisch auch dann zustande kommen, wenn von den 35 Einzelkriterien fünf Kriterien mit „mangelhaft“ und die übrigen 30 mit „sehr gut“ bewertet wurden. Durch die Tendenz zu Extremwerten, die auf der Ebene der Einzelkriterien zu beobachten ist, sind solche Konstellationen nicht unrealistisch. Auch wenn man berücksichtigt, dass nicht immer alle 35 Kriterien in die Bewertung eingehen, sind Fälle dieser Art denkbar. So können bei der Bereichsnote „sehr gut“ bei insgesamt 30 gültigen Kriterien immer noch 4 ein „mangelhaft“ aufweisen, wenn alle anderen 26 als „sehr gut“ bewertet wurden. In den anderen Qualitätsbereichen für die stationäre Versorgung sind diese Konstellationen weniger wahrscheinlich, weil es dort weniger Kriterien gibt. In den Qualitätsbereichen 2, 3 und 4 kann – unter realistischen Umständen – die Bereichsnote „sehr gut“ in der Regel nur dann erreicht werden, wenn lediglich eines von zehn bzw. neun Kriterien als „mangelhaft“ bewertet wurde.

Die Konstellation „Bereichsnote gut oder sehr gut und gleichzeitig mangelhaft bei Einzelkriterien“ ist um so eher möglich, je mehr Kriterien in die Berechnung eingehen. Dementsprechend stellt sich die Situation bei der Berechnung des Gesamtergebnisses dar: Theoretisch könnten im Falle der stationären Versorgung bei der Gesamtbewertung „sehr gut“ von den 64 Einzelkriterien sogar zehn Kriterien mit „mangelhaft“ bewertet werden, wenn die übrigen 54 ein „sehr gut“ haben.

Vergleichbare Konstellationen sind auch in der ambulanten Pflege denkbar, weil die Bewertungssystematik im Hinblick auf das Zusammenspiel zwischen Kriterien-, Bereichs- und Gesamtbewertung sehr ähnlich ist.

Dies sind, wie zu betonen ist, zunächst einmal theoretische Überlegungen. Im Rahmen der Evaluation ist zu überprüfen, ob und ggf. wie häufig die angesprochenen (oder ähnliche) Konstellationen in der Praxis vorkommen.

##### ***Stationäre Pflege***

Die im Tabellenwerk des MDS ausgewiesenen Datenauswertungen zeigen, dass diese Konstellationen tatsächlich existieren – insbesondere, wie die vorangegangenen Ausführungen vermuten lassen, im Falle des Qualitätsbereichs 1 und der Gesamtbewertung. Es lässt sich feststellen, dass *bei einem relevanten Anteil der Einrichtungen, die eine gute oder sehr gute*

*Bewertung im Qualitätsbereich 1 oder bei der Gesamtbewertung erhielten, einzelne Kriterien im Qualitätsbereich 1 als mangelhaft bewertet wurden.* Dabei fällt auf, dass es sich bei den betreffenden Kriterien auch um solche handelt, die für den Erhalt der Gesundheit der Bewohner besonders wichtig sind. Auch in den Qualitätsbereichen 2 und 3 kommt es in relevantem Umfang zu einem Nebeneinander der Bereichsnote „sehr gut“ und der Kriteriumsnote „mangelhaft“.

Anhand des MDS-Tabellenwerks lässt sich indirekt ableiten, wie häufig bestimmte Konstellationen vorkommen. So erhielten beispielsweise

- 9,3% der Einrichtungen mit der Note „sehr gut“ im Qualitätsbereich 1 ein „mangelhaft“ beim Kriterium Nr. 7 (Dekubitusprophylaxe),
- 9,8% der Einrichtungen mit der Note „sehr gut“ im Qualitätsbereich 1 ein „mangelhaft“ beim Kriterium Nr. 28 (Kontrakturenprophylaxe),
- 11,5% der Einrichtungen mit der Gesamtbewertung „sehr gut“ ein „mangelhaft“ beim Kriterium Nr. 7 (Dekubitusprophylaxe),
- 21,9% der Einrichtungen mit der Gesamtbewertung „sehr gut“ ein „mangelhaft“ beim Kriterium Nr. 28 (Kontrakturenprophylaxe)<sup>13</sup>.

Das Ausmaß des Problems lässt sich anhand einiger Angaben aus dem MDS-Tabellenwerk grob abschätzen. Die Auswertungen im MDS-Bericht beschränken sich allerdings auf eine Auswahl bestimmter Kriterien, die als „Risikokriterien“ bezeichnet werden. Darunter werden Kriterien verstanden, „deren Nichterfüllung deutliche Auswirkungen auf die Gesundheit bzw. Lebensqualität haben kann“ (MDS-Bericht, S. 27). Für den Bereich der stationären Versorgung wurden insgesamt neun Kriterien als Risikokriterien deklariert, für den Bereich der ambulanten Pflege sind es acht<sup>14</sup>.

Die Auswertungen zu diesen Risikokriterien im MDS-Bericht bestätigen, dass die vermuteten Diskrepanzen tatsächlich vorkommen. Im Bereich der stationären Versorgung ergeben sich solche Konstellationen insbesondere beim Thema Kontrakturenprophylaxe und Dekubitusprophylaxe, aber auch bei Maßnahmen zur Wundbehandlung, Maßnahmen im Bereich Ernährung oder bei der Sturzprophylaxe. In all diesen Fällen erhält ein relevanter Anteil der Einrichtungen eine Bereichsbewertung „sehr gut“ oder „gut“, obwohl einzelne dieser Kriterien als „mangelhaft“ bewertet wurden.

Zur vertiefenden Analyse und besseren Nachvollziehbarkeit wird – ähnlich wie bereits in der Expertise des IPW vom Januar 2010 – empfohlen, die bislang vorliegenden Auswertungen um Zahlenangaben zu folgenden Fragen zu ergänzen:

---

<sup>13</sup> Eigene Berechnungen auf der Grundlage des Tabellenwerks zum MDS-Bericht.

<sup>14</sup> Bei diesen Kriterien muss berücksichtigt werden, dass eine schlechte Bewertung auch dadurch zustande kommen kann, dass Mängel auf der Ebene der Pflegedokumentation existieren und Einrichtungen infolge dieser Mängel nicht nachweisen können, dass sie bestimmte Leistungen fachgerecht erbracht haben. Die Nichterfüllung eines Kriteriums ist also nicht unbedingt gleichbedeutend mit „schlechter Pflegedurchführung“. Ungeachtet dessen sind die Themen, die von den so genannten Risikokriterien erfasst werden, unter gesundheitlichen Gesichtspunkten zweifellos von zentraler Bedeutung.



- Wie hoch ist der Anteil der Einrichtungen unter allen 237 berücksichtigten Einrichtungen mit der Note „sehr gut“ im Qualitätsbereich 1, die in diesem Qualitätsbereich mindestens ein Kriterium mit der Bewertung „mangelhaft“ aufweisen?
- Wie hoch ist der Anteil der Einrichtungen unter allen 297 berücksichtigten Einrichtungen mit der Gesamtbewertung „sehr gut“, die im Qualitätsbereich 1 mindestens ein Kriterium mit der Bewertung „mangelhaft“ aufweisen?

### ***Ambulante Versorgung***

Die in den Tabellen des MDS ausgewiesenen Daten zeigen, dass die Konstellation „sehr gute *Bereichsnote* trotz mangelhaft bei Einzelkriterien“ auch im Falle der ambulanten Pflege vorkommt. Dies betrifft insbesondere die Kriterien Nr. 1, 2, 13, 18 und 19. Hier muss man allerdings berücksichtigen, dass die Fallzahlen mitunter recht gering sind, so dass abschließende Aussagen – beispielsweise beim Kriterium Nr. 18 „Wundbehandlung“ – noch nicht möglich sind.

Die Berechnungen im MDS-Bericht ergeben ferner, dass es in 146 von 231 Fällen, d.h. bei etwa zwei Dritteln der Einrichtungen dazu kommt, dass die Bewertung „mangelhaft“ bei einem Risikokriterium neben einem sehr guten oder guten rechnerischen *Gesamtergebnis* steht.

Auch bei einem relevanten Anteil der geprüften ambulanten Einrichtungen mit einer guten oder sehr guten Bewertung in Qualitätsbereichen bzw. Gesamtbewertung kommt es also vor, dass Einzelkriterien als „mangelhaft“ bewertet werden.

Da sich die Auswertungen des MDS auf eine Auswahl der Einzelkriterien beziehen, dürfte der Anteil der Einrichtungen mit den angesprochenen Abweichungen zwischen Kriterienbewertung und Bereichs-/Gesamtbewertung höher liegen als es die Ergebnisse dieser Auswertungen erkennen lassen (sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich).

## **5. Häufung schlechter Prüfergebnisse bei personenbezogenen Kriterien**

Die Frage „Treten schlechte Prüfergebnisse bei personenbezogenen Kriterien eher vereinzelt oder bei eher mehreren Kriterien gleichzeitig auf?“ ließ sich beim Stand der Datenauswertung im Januar 2010 noch nicht beantworten. Inzwischen liegen mit dem MDS-Bericht und den dazugehörigen Tabellenanhängen Daten vor, aus denen sich Einschätzungen ableiten lassen.

### ***Stationäre Pflege***

Für den Bereich der stationären Versorgung wurde berechnet, wie viele der insgesamt neun Risikokriterien als „mangelhaft“ bewertet wurden, obwohl die Note des *Qualitätsbereichs 1* mit „gut“ oder „sehr gut“ angegeben wurde. Die Datenauswertungen zeigen, dass bei Einrich-

tungen mit der Bereichsbewertung „gut“ bis zu fünf Kriterien mit „mangelhaft“ bewertet wurden. Bei Einrichtungen mit der Bereichsbewertung „sehr gut“ sind es bis zu zwei Kriterien.

Im Falle der rechnerischen *Gesamtbewertung* zeigt sich ein anderes Bild. Hier treten (wenngleich sehr selten) auch Konstellationen auf, bei denen sieben Risikokriterien ein „mangelhaft“ aufweisen, die Einrichtung aber dennoch ein rechnerisches Gesamtergebnis von „gut“ erhielt.

Bedauerlicherweise ist aus den Berechnungen im MDS-Bericht nicht ohne weiteres der Anteil der Einrichtungen erkennbar, die zwar gute oder sehr gute Gesamt-/Bereichsbewertungen aufweisen, ggf. aber mehrere mit „mangelhaft“ bewertete Einzelkriterien. Es würde daher die Beurteilung der Umsetzung der Transparenzvereinbarungen an diesem Punkt erleichtern, wenn folgende Darstellungen verfügbar wären:

1. Wie hoch ist der Anteil der Einrichtungen unter allen 237 Einrichtungen mit der Note „sehr gut“ im Qualitätsbereich 1, die in diesem Qualitätsbereich

- ein Kriterium,
- zwei Kriterien,
- drei Kriterien,
- vier oder mehr Kriterien

mit der Bewertung „mangelhaft“ aufweisen?

2. Wie hoch ist der Anteil der Einrichtungen unter allen 297 Einrichtungen mit der Gesamtbewertung „sehr gut“, die im Qualitätsbereich 1

- ein Kriterium,
- zwei Kriterien,
- drei Kriterien,
- vier oder mehr Kriterien

mit der Bewertung „mangelhaft“ aufweisen?

3./4. Analoge Auswertungen sollten entsprechend für

- die 280 Einrichtungen mit der Note „gut“ im Qualitätsbereich 1 und
- die 328 Einrichtungen mit der Gesamtbewertung „gut“

durchgeführt werden.

Diese Auswertungen sollten auch nicht auf die Risikokriterien beschränkt bleiben, sondern alle personenbezogenen Kriterien berücksichtigen. Dies würde helfen, das Ausmaß der tendenziell widersprüchlichen Bewertungskonstellationen, in denen negative Bewertungen von Einzelkriterien neben positiven Gesamtbewertungen oder Bereichsbewertungen stehen, genauer abzuschätzen.

### ***Ambulante Pflege***

Im Bereich der ambulanten Versorgung tritt die Konstellation „sehr gutes oder gutes *Bereichsergebnis*, aber schlechtes Kriterienergebnis“ ebenfalls auf. Gleiches gilt für das rechnerische *Gesamtergebnis*. Die Datenauswertungen des MDS lassen auch erkennen, dass es mehrfach Konstellationen gibt, bei denen drei oder mehr Kriterien mit „mangelhaft“ bewertet wurden, wenngleich das rechnerische Gesamtergebnis mit „gut“ (oder sehr selten: mit „sehr gut“) angegeben wurde.

Auch hier sind konkrete Zahlenangaben anhand der vorliegenden Daten nicht möglich. Die Ergebnisse reichen sicher aus, um die Feststellung zu treffen, dass die Diskrepanz zwischen Bewertungen von Einzelkriterien, Qualitätsbereichen und dem rechnerischen Gesamtergebnis bei einer relevanten Anzahl von Einrichtungen nicht nur vereinzelt vorkommt. Genauere Aussagen setzen jedoch andere Auswertungen voraus, die analog zur oben formulierten Empfehlung für den stationären Bereich zu definieren wären.

Da es im Bereich ambulante Pflege deutlich häufiger als im stationären Bereich vorkommt, dass nur vergleichsweise wenige Einzelkriterien in die Bewertung eingehen, ist die Einschätzung der Konsequenzen deutlich komplizierter. Vermutlich könnte eine Auswertung konkreter Fallkonstellationen (bzw. kompletter Transparenzberichte) weiteren Aufschluss bringen.

## **6. Übereinstimmung mit anderen Prüfergebnissen und Einschätzungen**

Die Fallbeispiele, die aus der Praxis der Qualitätsprüfungen der beteiligten Medizinischen Dienste aus dem stationären ebenso wie aus dem ambulanten Bereich geliefert wurden, geben sehr differenziert Auskunft über mögliche Widersprüche zwischen den Bewertungen, die aufgrund der Transparenzvereinbarungen vorgenommen werden. Im MDS-Bericht werden sie exemplarisch ausführlich gewürdigt und bewertet.

Die Fallbeschreibungen dokumentieren eindrucksvoll, dass es zu erheblichen Abweichungen zwischen der Beurteilung aufgrund der Transparenzkriterien und weitergehenden Feststellungen der MDK-Prüfer kommen kann. Wenngleich aus dem Bereich der ambulanten Pflege nur fünf Fallbeispiele beigebracht wurden, so genügt dies doch, um auch in diesem Bereich die Möglichkeit von Abweichungen plausibel nachzuweisen. Einzelne Fallbeispiele lassen erkennen, dass sich mitunter auch eklatante Qualitätsdefizite nicht in den Transparenzberichten niederschlagen. Sie dokumentieren,

- dass mitunter erhebliche Qualitätsprobleme in der Bewertung der *Qualitätsbereiche* nicht ausgedrückt werden,
- dass die rechnerische *Gesamtbewertung* ggf. kein realistisches Abbild der Qualität einer Einrichtung bietet und

- dass schwerwiegende organisatorische Mängel (z.B. Defizite im Bereich des Personaleinsatzes oder der Sicherstellung von fachlicher Aufsicht), die nicht Gegenstand der Transparenzkriterien sind, auftreten können, ohne dass entsprechende Hinweise in den Bewertungen mit den Transparenzkriterien auftauchen.

Der letzte Punkt wirft für den weiteren Verlauf der Evaluation eine neue Fragestellung auf, die in der bisherigen Diskussion wenig berücksichtigt wurde, im Hinblick auf die Optimierung der Transparenzvereinbarungen ggf. jedoch berücksichtigt werden sollte.

## 7. Fazit

Mit den Transparenzvereinbarungen wurde erstmals ein Rahmen definiert, mit dem Nutzer und potenzielle Nutzer von Leistungen der vollstationären und ambulanten pflegerischen Versorgung sowie deren Angehörige Informationen über die Versorgungsqualität in Einrichtungen erhalten. Die Transparenzberichte sollen einen Qualitätsvergleich ermöglichen, der aus der Nutzerperspektive besonders wichtig sein kann.

Bei näherer Betrachtung der methodischen Ausführung bzw. Umsetzung dieser Idee zeigen sich jedoch verschiedene Schwachstellen, die die Frage aufwerfen, ob die angestrebte Orientierungshilfe mit der aktuellen Methodik tatsächlich gewährleistet wird. Die von den Vereinbarungspartnern beschlossene Evaluation soll dazu und zu möglichen Problemlösungen Hinweise liefern.

Der vorliegende Bericht umfasst eine zusammenfassende Einschätzung zu vier Fragestellungen der Evaluation. Er stützt sich auf die bisherigen Auswertungsergebnisse, die in Form eines Berichts mit einem umfangreichen Tabellenanhang vom MDS im Februar 2010 vorgelegt wurden. Zu den vier bearbeiteten Fragen ist Folgendes festzustellen (soweit nicht anders vermerkt, beziehen sich die Aussagen gleichermaßen auf den ambulanten und stationären Bereich):

1. Die Verteilung der Noten auf der Ebene der Einzelkriterien ist nicht ausgewogen, sondern weist eine Tendenz zu den Extremwerten „sehr gut“ und „mangelhaft“ bei starker Dominanz der Note „sehr gut“ auf. Zum Teil erklärt sich diese Tendenz daraus, dass die einrichtungsbezogenen Kriterien ohnehin nur diese beiden Bewertungen zulassen. Doch auch bei den personenbezogenen Kriterien ist die Tendenz deutlich ausgeprägt.

2. Einige der personenbezogenen Kriterien müssen aufgrund einer sehr geringen Personenzahl, zum Teil auf der Grundlage der Prüfungsergebnisse von nur einem oder zwei Pflegebedürftigen bewertet werden. Dies fördert nicht nur die Tendenz zu den Extremwerten, sondern stellt auch die Aussagekraft der betreffenden Bewertungen in Frage. Besonders im Bereich der ambulanten Versorgung dürfte es aus diesem Grund des Öfteren zu nicht tragfähigen Qualitätsbeurteilungen kommen. Es besteht großer Handlungsbedarf im Hinblick auf eine Neude-

definition der Regelungen zur Stichprobenziehung. Es sollte darüber nachgedacht werden, Bewertungen von Einzelkriterien, bei denen eine bestimmte Mindestpersonenzahl unterschritten wird, aus der Beurteilung auszuschließen. Möglicherweise wäre es auch zielführend, die Kriterienliste der Transparenzvereinbarungen unter Berücksichtigung der Anforderungen *Relevanz* und *ausreichende Personenzahl* zu überarbeiten.

3. Auf der Ebene der Qualitätsbereiche prägt die Dominanz der Note „sehr gut“ bei den Einzelkriterien ebenfalls die Notenverteilung. Im stationären Bereich ist die Note „sehr gut“ auch auf dieser Ebene – mit Ausnahme des Qualitätsbereichs 1 – die am häufigsten vorkommende Bewertung. Im Falle der Qualitätsbereiche 4 und 5 stehen positive Bewertungen („sehr gut“ und „gut“) so stark im Vordergrund, dass sich Qualitätsunterschiede zwischen Pflegeeinrichtungen kaum noch darstellen lassen. Letzteres gilt auch für die Qualitätsbereiche 3 und 4 des Bewertungssystems für den Bereich der ambulanten Versorgung. In diesem Bereich gibt es ebenfalls eine generelle Tendenz zu positiven Bewertungen, im Gesamtbild ist die statistische Verteilung der Noten jedoch etwas ausgewogener.

4. Zwei Drittel aller stationären und rund 60% aller ambulanten Einrichtungen, deren Prüfergebnisse in die Datenauswertungen eingegangen sind, erhielten das rechnerische Gesamtergebnis „sehr gut“ oder „gut“. Die Dominanz der Note „sehr gut“ bei den Einzelkriterien ist hier gebrochen, trägt jedoch maßgeblich dazu bei, dass die beiden Bewertungen „sehr gut“ und „gut“ im Vordergrund stehen. Dieser Zusammenhang sollte bei allen zukünftigen Überlegungen zur Optimierung des Bewertungssystems berücksichtigt werden. Nicht plausibel sind die Abweichungen zwischen dem Anteil der im Gesamtergebnis als „mangelhaft“ bewerteten Einrichtungen und dem deutlich höheren Anteil der Einrichtungen, die in den Qualitätsbereichen entsprechend negativ bewertet wurden. Hier besteht ein Anpassungsbedarf bei den Bewertungsregeln.

5. Vermutlich existieren systematische Probleme in der Bewertung von Prüfergebnissen mit Hilfe der derzeitigen Notenregelung. Die Bewertung baut auf allen Ebenen auf einem fünfstufigen Notensystem auf, während die Prüfergebnisse selbst eher eine dichotome Struktur aufweisen, die im vorliegenden Bericht als „Tendenz zu Extremwerten“ bezeichnet wurde. Einiges deutet darauf hin, dass das bisherige Notensystem der Transparenzvereinbarungen im Grundsatz – abgesehen von Einzelfällen offensichtlicher Fehlbewertungen – eine grobe Unterscheidung zwischen „guten“ und „schlechten“ Einrichtungen ermöglicht, die Varianz von Qualität in der Versorgungswirklichkeit aber nicht ausreichend abbildet. Diese Begrenzung zeigt sich auch und besonders auf der Ebene des rechnerischen Gesamtergebnisses in Form einer Gesamtnote. Hier sollte über Alternativen nachgedacht werden.

6. Es existieren in relevantem Ausmaß Abweichungen zwischen Kriterienbewertungen einerseits und Bereichs-/Gesamtbewertungen andererseits. Die Bereichs- oder Gesamtbewertung „sehr gut“ ist auch bei Einrichtungen festzustellen, die bei einem oder mehreren wichtigen personenbezogenen Kriterien ein „mangelhaft“ aufweisen. Das genaue Ausmaß solcher Konstellationen ist noch nicht absehbar, hierzu wären andere Auswertungen notwendig.

7. Eine Häufung schlechter Bewertungen bei personenbezogenen Kriterien ist nicht nur bei schlechten oder mittleren Bewertungen (befriedigend/ausreichend), sondern auch bei den Bewertungen „gut“ und „sehr gut“ zu beobachten. Auch hier wären konkretisierende Datenauswertungen wünschenswert.

8. Die Ergebnisse der Bewohnerbefragungen bzw. der so genannten Kundenbefragungen weisen kaum Varianz auf und gestatten in der vorliegenden Form wenig Rückschlüsse auf Qualitätsunterschiede. In diesem Punkt sollten die Ergebnisse des Projekts „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ abgewartet und geprüft werden. Ergibt sich auch dort kein Zuwachs an Varianz und Aussagekraft bei der Einbeziehung der Bewohnerperspektive, sollte grundsätzlich über den Nutzen der Integration solcher Befragungen in Qualitätsprüfungen nachgedacht werden.

9. Die Fallbeispiele aus der Prüfpraxis dokumentieren, dass das Bewertungssystem der Transparenzvereinbarungen Widersprüche zwischen Bewertungen in den Transparenzberichten einerseits und den unmittelbaren Beobachtungen der Qualitätsprüfer oder den herkömmlichen MDK-Prüfberichten andererseits nicht ausschließt. Sie unterstreichen damit das Erfordernis einer Weiterentwicklung der Transparenzvereinbarungen.

10. Es wird empfohlen, im Zuge der Bemühungen zur Optimierung der Transparenzvereinbarungen stärker als bisher inhaltliche Kriterien zu verwenden, um zu entscheiden, wo Grenzziehungen zwischen „guter“ und „schlechter“ Qualität vorgenommen werden sollen. Die bloße Feststellung, dass bei der bisherigen Notenverteilung positive Bewertungen zu sehr im Vordergrund stehen, reicht nicht aus, um zweckmäßige Modifizierungen des Benotungssystems einzuleiten. Von einer Korrektur, die lediglich darauf abzielt, eine größere Streuung der Ergebnisse zu erhalten, ohne *inhaltliche* Ziele und Kriterien zu benennen, wird abgeraten.

11. Die identifizierten Schwachstellen der Transparenzvereinbarungen betreffen zum Teil komplexe inhaltliche und methodische Fragen. Es wird daher generell davon abgeraten, vor-schnell singuläre Maßnahmen zur Verbesserung von Teilaspekten des Bewertungssystems einzuleiten. Die Gefahr, dass ohne ausreichende Vorbereitung die Funktionalität des Bewertungssystems nicht ausreichend verbessert und damit eine oder gar mehrere Nachbesserungen erforderlich würden, ist recht groß. Dies würde nicht nur die Einrichtungen, sondern auch die Bewohner und ihre Angehörigen sowie potenzielle Leistungsnutzer verunsichern und das Vertrauen in die Transparenzberichte weiter beeinträchtigen.

12. Es sollte überprüft werden, inwieweit die methodisch fundierte Beurteilung von Ergebnisqualität, wie sie derzeit mit dem Projekt „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ angestrebt wird, die mit den aktuellen Transparenzvereinbarungen verknüpften Probleme lösen könnte. Wie die Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen, ist es möglich, ein nationales Qualitätsberichtssystem zu entwickeln, in dem sich Indikatoren zur Erfassung von Ergebnisqualität und Kriterien externer, auf Stichproben beruhender Qualitätsprüfungen sinnvoll ergänzen.