

Methodische Anforderungen an einrichtungsbezogene Qualitätsberichte in der Pflege

Methodical Requirements for Quality Reports of Nursing Facilities

Autoren

U. Weibler-Villalobos, B. Röhrig

Institut

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Rheinland-Pfalz, Alzey

Schlüsselwörter

- ◉ Qualitätsindikatoren
- ◉ Qualitätstransparenz in der Pflege
- ◉ Qualitätsberichte
- ◉ methodische Gütekriterien für Qualitätsmessungen

Key words

- ◉ quality indicators
- ◉ quality transparency in nursing care
- ◉ quality reports
- ◉ methodical criteria for quality measurement

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0029-1242790>
 Online-Publikation: 4.1.2010
 Gesundheitswesen 2010;
 72: 780–789
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York
 ISSN 0941-3790

Korrespondenzadresse

Dr. U. Weibler-Villalobos
 Leitende Ärztin
 Medizinischer Dienst der
 Krankenversicherung
 Rheinland-Pfalz
 Albiger Straße 19d
 55232 Alzey
 ursula.weibler@mdk-rlp.de

Zusammenfassung



Hintergrund: Seit 2009 gilt in Deutschland die gesetzliche Verpflichtung, einrichtungsbezogene Qualitätsberichte für alle Pflegeeinrichtungen zu erstellen.

Zielsetzung und Methode: Für das Gesundheitswesen definierte Kriterien für die Messung und Darstellung von Qualität werden auf den Pflegebereich angewandt. Die Pflege-Transparenzvereinbarung für stationäre Pflege wird daran abgeglichen.

Ergebnisse: Der Konzeption einer einrichtungsbezogenen Qualitätsberichterstattung sind die Definition von Qualitätsanforderungen, eine explizite Zielsetzung für die Berichterstattung und die Festlegung der Adressaten voranzustellen. Die daraus abzuleitenden Qualitätsindikatoren müssen aus Nutzersicht wie auch aus fachlicher Perspektive relevant sein, Nutzen und mögliche unerwünschte Effekte müssen gegeneinander abgewogen werden. Für die Auswahl der Indikatoren entscheidend sind Indikator-evidenz, Definitionsklarheit, Diskriminationsfähigkeit, Reliabilität und Validität. Um die Ergebnisse zwischen Einrichtungen vergleichbar zu machen, wird eine gleich stratifizierte Stichprobenauswahl vorgeschlagen. Eine Aggregation bzw. Zusammenfassung von Ergebnissen darf grundsätzlich nur erfolgen, wenn die Ergebnisse eine gemeinsame inhaltliche Ausrichtung (Korrelation) und gleiche Wichtigkeit (Gewichtung) haben. Durch Bewertungsvorgaben, wie z. B. sog. K.O.-Kriterien, muss sichergestellt werden, dass bei wesentlichen Ereignissen wie gesundheitlichen Schäden durch nicht fachgerechte Pflege keine Verrechnung mit anderen Ergebnissen erfolgt. Die Pflege-Transparenzvereinbarung für Pflegeheime erfüllt nur einen Teil der allgemein etablierten Gütekriterien.

Schlussfolgerungen: Das Verfahren zur Auswahl von Qualitätsindikatoren muss transparent

Abstract



Background: Since 2009 there is a legal obligation in Germany to provide quality reports for all nursing facilities.

Objective and Methods: Criteria for measuring and presenting the quality of care defined for health services are applied to the area of nursing care. The German Nursing-Transparency-Order for nursing homes has been compared with those attributes.

Results: Prior to realisation of the concept of publishing quality reports of care facilities, the definition of high-quality care standards, an explicit objective for quality reporting and the definition of addressees are required. The quality indicators to be derived must be relevant from the user's point of view as well as from professional perspectives. Benefits and undesirable effects must be weighted out mutually. Relevant for the choice of quality indicators are the methodical attributes: strength of evidence, precision of definitions, ability of discrimination, reliability and validity. To make the results comparable between facilities, it is suggested to include an equally stratified random sampling of persons. An aggregation or summation of the results may basically only occur when the results have a common content coherence (correlation) and the same importance (weighting). Through explicit specifications for the assessment, for example, so-called knock-out criteria, it must be assured that in essential events like damages under non-expert care, there are no compensations by other results. The German Nursing-Transparency-Order for nursing homes fulfils only one part of the generally established methodical quality criteria.

Conclusion: The procedure for the choice of quality indicators must be made clear; the methodical quality must be tested and the test results must be published. Above all it must be

gemacht werden, die methodische Güte muss getestet und die Testergebnisse müssen veröffentlicht werden. Vor allem muss nachgewiesen und mit Testergebnissen belegt werden, dass die Einschätzung von Experten und Nutzern mit den Ergebnissen der Pflegetransparenz übereinstimmt (äußere Validität). Eine Begleitforschung ist zwingend notwendig.

Hintergrund

Seit ca. 10 Jahren wird in Deutschland in zunehmender Deutlichkeit eine Diskussion über qualitative Mängel in der pflegerischen Versorgung alter Menschen geführt [1, 2]. Parallel dazu verstärken sich Forderungen nach einer öffentlich zugänglichen Darstellung der Qualität von Leistungsanbietern im Gesundheitswesen [3–6]. Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurde 2008 die gesetzliche Verpflichtung zur einrichtungsbezogenen Qualitätsberichterstattung über Pflegeeinrichtungen festgeschrieben [7]. Deren Umsetzung wird in den Pflege-Transparenzvereinbarungen für stationäre (PTVS) und ambulante Pflege (PTVA) geregelt [8]. Basis sind insbesondere die Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK).

Aus Teilen der von den MDK erstellten, umfangreichen und nicht zur Veröffentlichung freigegebenen Qualitätsberichte werden die öffentlichen Transparenzberichte erstellt. In jeder stationären Pflegeeinrichtung werden 82 sog. „Kriterien“ bewertet, die zu 5 „Qualitätsbereichen“ und einem „Gesamtergebnis“ zusammengesetzt werden. Dazu wird eine Zufallsstichprobe von 10% der Bewohner (mindestens 5 und höchstens 15 Personen) bestimmt. Zu 18 „Kriterien“ erfolgt eine Bewohnerbefragung. Die verbleibenden 64 „Kriterien“ werden von den Prüfern bewertet; 26 davon betreffen die gesamte Pflegeeinrichtung, die restlichen 38 werden bei jedem Bewohner der Stichprobe erhoben. Jedem „Kriterium“ wird entweder die Bewertung „erfüllt“ (sog. „Skalenwert“=10) oder „nicht erfüllt“ (sog. „Skalenwert“=0) zugeteilt; lediglich die Bewohnerbefragung ist 4-stufig graduiert. Die „Skalenwerte“ werden bei den bewohnerbezogenen „Kriterien“ aggregiert und ein Mittelwert errechnet. Jedem „Skalenwert“ wird nach einer definierten Bewertungssystematik eine Note zwischen 1 (sehr gut) und 5 (mangelhaft) zugeteilt. Veröffentlicht werden die Benotungen der „Einzelkriterien“, das gemittelte Ergebnis der „Qualitätsbereiche“ und ein aus allen „Kriterien“ ohne Bewohnerbefragung zusammengesetztes „Gesamtergebnis“ [8].

Die Qualität einer Pflegeeinrichtung lässt sich mithilfe geeigneter Qualitätsindikatoren erfassen und darstellen. Die daraus resultierende Qualitätsberichterstattung kann über öffentliche Meinungsbildung, Benchmarking und das Inanspruchnahmeverhalten der Kunden starke Anreize auf die Versorgungsgestaltung ausüben. Qualitätsberichterstattung bewirkt allerdings nicht automatisch eine Qualitätsverbesserung. Die Auswahl der Qualitätsindikatoren beeinflusst die Ressourcenverteilung in den Einrichtungen, was die Gefahr einer Fehlsteuerung bei falscher Auswahl, Definition oder Bewertung dieser Indikatoren birgt [5–9]. An die Ausgestaltung einer öffentlichen Qualitätsberichterstattung sind deshalb hohe methodische Anforderungen zu stellen [8–16].

Methode

Die Zentralstelle der deutschen Ärzteschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin (ÄZQ) hat bereits 2001 in einem Konsenspapier die Anforderungen an die Entwicklung von Qualitätskrite-

rien und -indikatoren für das deutsche Gesundheitswesen beschrieben [19]. Besondere Aufmerksamkeit verdienen zudem die Gütekriterien der BQS zur Bewertung von Qualitätsindikatoren, weil es sich dabei um gebündelte Erfahrungen aus dem ersten und bisher einzigen bundesweiten Projekt zur einrichtungsbezogenen Qualitätsberichterstattung handelt [20]. Darüber hinaus existieren zahlreiche internationale Ausführungen [21, 22]. Standards für die Erstellung und Beurteilung der Güte von Fragebögen sind in der Psychologie umfangreich erforscht und etabliert [23].

Die methodischen Standards für eine Qualitätsberichterstattung sind somit bekannt. Sie werden im Folgenden auf den Pflegebereich angewandt. Die Inhalte der Pflege-Transparenzvereinbarung 2008 für die stationäre Pflege (PTVS) werden damit abgeglichen und das Ergebnis an einem Beispiel konkretisiert.

Definitionen

Zur begrifflichen Klarstellung werden einige Begriffe zu Beginn explizit eingeführt; die Definitionen orientieren sich an den Ausführungen der Zentralstelle der Deutschen Ärzteschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin [19, 24]. Die Nomenklatur der PTVS, wie oben dargestellt, entspricht in wesentlichen Teilen nicht diesen Definitionen.

Als **Versorgungsaspekte** werden Strukturen, Prozesse und Ergebnisse bezeichnet, die wegen ihrer hohen Relevanz für einen **Versorgungsbereich** einer Beurteilung unterzogen werden sollen.

Ein Versorgungsaspekt in dem Versorgungsbereich „Pflege“ ist z. B. „Versorgung mit Medikamenten“; zu dem Versorgungsbereich „Hauswirtschaft“ gehört u. a. der Aspekt „Mahlzeiten“.

Qualitätskriterien sind diejenigen Eigenschaften bei der Leistungserbringung in einem Versorgungsaspekt, deren Erfüllung einer qualitativ hochwertigen Versorgung entspricht. International gebräuchliche Kriterien für das Gesundheitswesen sind z. B. Zugänglichkeit, Angemessenheit, Stetigkeit und Koordination, Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit, Patientenorientierung, Sicherheit und Rechtzeitigkeit der Versorgung [19, 24].

Qualitätskriterien im Versorgungsaspekt „Versorgung mit Medikamenten“ sind z. B. „Alle ärztlichen Medikamentenverordnungen sind eindeutig dokumentiert“ oder „Alle Pflegebedürftigen erhalten ihre Medikamente so wie ärztlich verordnet“.

Qualitätsindikatoren (syn. Prüffragen, Items) sind „Maße, deren Ausprägung eine Unterscheidung zwischen guter und schlechter Qualität (...) der Versorgung“ ermöglichen [19]. In der Regel werden mehrere Indikatoren benötigt, um den Erfüllungsgrad eines Qualitätskriteriums abzubilden (Indikatorenprofile).

Ein Qualitätsindikator für das Kriterium „Pflegebedürftige erhalten ihre verordneten Medikamente“ ist beispielsweise „Anteil der Personen, bei denen die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung entspricht“.

Grundsätzlich müssen die drei **Qualitätskategorien** Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unterschieden werden [17].

Methodische Anforderungen an Qualitätsberichte in der Pflege

Festlegung von Qualitätsanforderungen, Zielsetzung und Adressaten

Vor Konzeption einer Qualitätsberichterstattung müssen die dafür geltenden Qualitätsanforderungen, die Zielsetzung der Qualitätsberichterstattung und deren Adressaten festgelegt werden [9, 17].

Qualitätsanforderungen

Qualität, definiert als „Beschaffenheit einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, die Qualitätsanforderungen zu erfüllen“, kann nur gemessen werden, wenn diese Qualitätsanforderungen definiert sind [25]. Eine Bewertung der Qualität von Pflegeeinrichtungen setzt folglich eine vorherige Festlegung der ihnen gegenüber geltenden Anforderungen voraus.

Weder das Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) noch die PTVS definieren konkrete Qualitätsanforderungen. Die in § 11 SGB XI dargelegten „Rechte und Pflichten von Pflegeeinrichtungen“ sind unbestimmt [26]. Zusätzliche Aussagen zu Qualitätsanforderungen existieren z. B. in den „Gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben zur Qualität und Qualitätssicherung einschl. des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI“, den Qualitätsstandards des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), den Qualitätsprüfrichtlinien des MDK oder auch der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen [27–30]. Die Verbindlichkeit dieser Regelungen ist unterschiedlich; die „Gemeinsamen Grundsätze (...)“ beispielsweise regeln einige Bereiche für die Vertragspartner verbindlich.

Qualitätsindikatoren nach PTVS und „Gemeinsamen Grundsätzen (...)“ stimmen in einigen Aspekten überein. Eine umfassende Darlegung der den Qualitätsindikatoren zugrundeliegende Qualitätsanforderungen erfolgt in der PTVS nicht, Referenzwerte und -bereiche werden nicht benannt.

Zu Personalqualifikation und qualifiziertem Personaleinsatz wurden beispielsweise keine Prüffragen aus den „Gemeinsamen Grundsätzen (...)“ übernommen; dagegen findet sich für die Prüffrage „Schulung in Notfällen“ (Item 34 und 35) oder für den gesamten Bereich der Demenzversorgung keine Basis in den „Gemeinsamen Grundsätzen (...)“.

Zielsetzung

Ziel einer Qualitätsberichterstattung kann eine reine Verbraucherinformation bzw. Hilfestellung zur qualitätsgesteuerten Inanspruchnahme sein. Zusätzlich kann eine Qualitätssicherung zum Schutz vor Übergriffen und gefährdender Pflege oder weitergehend zur Sicherstellung einer angemessenen Versorgungsqualität etabliert werden. Die weitestgehende Zielsetzung wäre eine grundsätzliche Qualitätsverbesserung zur Anhebung des allgemeinen Qualitätsniveaus in Richtung einer optimalen pflegerischen Versorgung [31]. Die Auswahl oder Kombination der Ziele ist bestimmend für die Formulierung und Auswahl von Kriterien; umgekehrt lassen sich mit bestimmten Kriterien auch nur bestimmte Ziele verfolgen.

Die PTVS enthält keine Angaben zur Zielsetzung. Die amtliche Begründung zu dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz [32] nennt als Ziel Transparenz und Vergleichbarkeit als Voraussetzung für eine qualitätsgesteuerte Inanspruchnahme.

Angesichts der aktuellen politischen Diskussion muss davon ausgegangen werden, dass als Ziel auch eine Qualitätsverbesserung verfolgt wird. Dabei ist das anvisierte Qualitätsniveau in

der PTVS nicht angegeben. Das in den Indikatoren implizierte Qualitätsniveau ist unterschiedlich. Es umfasst insbesondere den Schutz vor Gesundheitsschäden oder den Nachweis pflegefachlicher Standards, unterschreitet diesen aber teilweise auch in Richtung einer pflegerischen Mindestversorgung. Optimale Versorgung oder pflegefachliche Exzellenz werden nicht erfragt und werden durch die PTVS somit nicht gefördert.

Bei freiheitsentziehenden Maßnahmen (Items 29 und 30) z. B. wird in der PTVS nach dem Vorhandensein einer richterlichen Anordnung und der regelmäßigen Überprüfung der weiteren Notwendigkeit gefragt. Pflegefachlicher Standard wäre zusätzlich die fachlich korrekte Umsetzung der Maßnahmen; eine optimale Versorgung würde die grundsätzliche Vermeidung des Freiheitsentzuges durch Maßnahmen der Tages-, Umgebungs- und Versorgungsgestaltung beinhalten.

Adressaten

Die Adressaten einer Qualitätsberichterstattung müssen benannt werden. Sie sind entscheidend für die Festlegung der Kriterien und Indikatoren und die Art der Darstellung.

PTVS wie Pflege-Weiterentwicklungsgesetz [7] definieren als Adressaten „Pflegebedürftige und ihre Angehörigen“, an anderer Stelle „Verbraucher“.

Diese Definition lässt die Nutzung als Benchmarkinginstrument für Pflegeeinrichtungen, als Beratungsgrundlage professioneller Beratungsinstitutionen (z. B. Pflegestützpunkte) oder als Informationsmedium politischer Entscheidungsträger außer Acht. In der Folge sieht die PTVS lediglich eine auszugsweise Darstellung der Ergebnisse der Qualitätsprüfungen in vereinfachter Form vor. Eine Nutzung durch Fachkreise wäre durch zusätzliche detaillierte Informationen sowie den vollständigen Qualitätsbericht zu unterstützen.

Relevanz

Die Kriterien einer Qualitätsberichterstattung müssen aus Sicht der Nutzer relevant sein. Sie müssen zudem aus fachlicher Sicht für die Qualität des Versorgungsbereiches bedeutend und ihr Nutzen muss gegen potenziellen Schaden abgewogen sein [15, 19, 20–22].

Relevanz aus Nutzersicht

Die derzeitige Kenntnislage über die Vorstellungen Betroffener an die Gestaltung von Pflegeeinrichtungen speist sich aus kleineren Befragungen, internationalen Erfahrungen und nationaler Konsensfindung mit Betroffenenverbänden z. B. in der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen [29, 33, 34–36].

Auf welcher Basis die Nutzerrelevanz der Kriterien und Indikatoren der PTVS ermittelt wurde, wird nicht erläutert. Die in der PTVS enthaltenen Kriterien decken einen Teil der bekannten Anforderungen Betroffener ab.

Fragen z. B. zur Privatsphäre oder zu Rückzugsmöglichkeiten, zur Mitnahme von Tieren oder zum jederzeitigen Verlassen der Pflegeeinrichtung und der verkehrstechnischen Anbindung werden nicht in der PTVS aufgeführt. Die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen nennt beispielweise explizit das Recht auf einen Haustür- und Zimmerschlüssel.

Relevanz aus fachlicher Sicht

Die in einer Qualitätsberichterstattung aufgenommenen Indikatoren müssen umfassend die für die Qualität eines Versorgungsbereiches fachlich wichtigen Aspekte abbilden. Kriterien ohne oder mit geringer Relevanz sollten nicht aufgenommen werden. Kriterien mit hoher Relevanz sollten unbedingt berücksichtigt werden.

Die PTVS lässt fachlich wichtige Kriterien außer Acht. Die Relevanz der aufgenommenen Kriterien ist aus Sicht der Verfasser unterschiedlich.

In dem wesentlichen Bereich der Versorgung an Demenz erkrankter Menschen z. B. bleiben fachlich wichtige Aspekte wie eine Alltagsbegleitung durch eine Präsenzkraft oder eine durchgängige, biografieorientierte Tagesgestaltung außer Acht [37]. Fragen der Personalqualifikation und -ausstattung finden sich außer bei einer Schulung in Erster Hilfe nicht

Fragen nach der Planung, der Durchführungsqualität und den Ergebnissen der Versorgung werden ungewichtet nebeneinander abgebildet.

Fragen nach der Lesbarkeit des Speiseplanes (Item 62) oder jahreszeitlichen Festen (Item 48) stehen für die Gesamtnote gleichbewertet neben Fragen der gesundheitlichen Unversehrtheit wie Dekubitus- oder Kontrakturprophylaxe (Items 7 und 28).

Abwägung von Nutzen und Schaden

Die mit einer Qualitätsberichterstattung verbundenen Anreize müssen auf mögliche, auch unerwünschte, Konsequenzen hin überprüft werden; notwendige Gegenregulationen müssen eingefügt werden [20]. Abgebildete Kriterien ziehen eine Ressourcenverlagerung in diese Bereiche nach sich. Nicht abgebildete Aspekte können dadurch sogar eine Qualitätsverschlechterung erfahren [9, 12, 14, 19]. Das Qualitätskriterium „Schutz vor Stürzen“ beispielsweise könnte im extremen Fall dazu führen, dass Pflegebedürftige stark immobilisiert würden. Aus diesem Grund muss zusätzlich ein Aspekt „Mobilisierung“ eingeführt werden. Werden vorrangig Kriterien der Planung und Dokumentation bewertet, so ist zu befürchten, dass sich der Schwerpunkt der Leistungserbringung zu Lasten der tatsächlichen Versorgung dorthin verschiebt.

Eine explizite Abwägung der durch die Qualitätsberichterstattung induzierten Effekte ist in der PTVS nicht erkennbar erfolgt. *In der PTVS finden sich 3 Items zum Sturzrisiko (Items 24–26), jedoch kein Item zur Mobilisierung. Zum Sturzrisiko beziehen sich 2 Items (Item 24, 25) auf Planung und Dokumentation und 1 Item (Item 26) auf die tatsächliche Durchführung der Versorgung.*

Methodische Gütekriterien für Indikatoren

Für die Bestimmung der methodischen Güte von Qualitätsindikatoren (Items) gibt es etablierte biometrische Maße. Die in diesem Kapitel beschriebenen Anforderungen gelten für Indikatoren genauso wie für die Zusammenfassung zu Skalen (Qualitätsbereichen) und Gesamtnoten für eine Einrichtung [19–23, 38].

Indikatorevidenz (Wissensbasierung)

Die Indikatorevidenz beurteilt, ob ein Leistungserbringer tatsächlich die Ausprägung des Indikators positiv beeinflussen kann. Für Ergebniskriterien in der Pflege muss belegt sein, dass das Verhalten der Pflegeeinrichtung tatsächlich das Ergebnis wesentlich beeinflussen kann. Für Struktur- und Prozesskrite-

rien ist zu belegen, dass sich bei Verbesserung in Struktur und Prozess das Pflegeergebnis wesentlich positiv verändert. Tatsächlich gilt für die Pflege, dass es keine ausreichende wissenschaftliche Datenlage zur Beziehung zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gibt [9, 17, 39, 40, 41].

Evidenzbasiertes Handeln bedeutet jedoch die ausdrückliche Nutzung der besten verfügbaren Evidenz [42, 43]. Liegen keine wissenschaftlich hochwertigen Daten vor, muss dennoch bei der Entscheidungsfindung auf die beste verfügbare Information zurückgegriffen werden. Immer muss belegt werden, welche Evidenz zur Auswahl geführt hat.

Für die Kriterien der PTVS sind keine Angaben zur Evidenz verfügbar. Zwar wird ein Mangel an Evidenz in der PTVS selbst beschrieben, ein Hinweis auf die fachlichen Grundlagen für die Auswahl der Indikatoren fehlt.

Definitionsklarheit und Objektivität

Jeder Indikator muss hinsichtlich Erhebungsmethode und Datenquellen eindeutig definiert sein [22]. Zur sicheren und objektiven Erfassung von Indikatoren muss exakt festgelegt sein, wann welche Wertung abzugeben ist. Für bewohnerbezogene Indikatoren ist festzulegen, welche Personen jeweils in die Bewertung einzubeziehen sind (Denominator) und für welche dieser Personen das Qualitätskriterium als erfüllt anzusehen ist (Numerator) [22].

Für die PTVS dienen die Anlagen 1–4 der Operationalisierung der Datenerhebung und -bewertung. Die Erhebungsmethode ist definiert, die Datenquellen (Befragung, Patientenakten, In-Augenscheinnahme) sind festgelegt. Insbesondere ist entgegen dem Vorverfahren nun im Sinne der Erhebungsklarheit geregelt, dass die Befragung nicht ersatzweise an die Angehörigen gerichtet werden kann [44, 45].

Die Erfassung und Bewertung der Indikatoren regelt Anlage 3 „Ausfüllanleitungen für die Prüfer“ der PTVS [46]. Die Beurteilung einer Vielzahl von Indikatoren der PTVS ist auch in der Anlage nicht eindeutig definiert. Jeder Prüfer muss so eigene Einschätzungen einfließen lassen, sodass eine unterschiedliche Interpretation vorgezeichnet und die notwendige Durchführungsobjektivität nicht gegeben ist [23].

Item 33 beispielsweise fragt: „Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt?“ Die Ausfüllanleitung gibt vor: „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.“

Die Begriffe „überschaubar“ und „längere Zeitraum“ oder „mehrere Tage“ werden nicht weiter konkretisiert.

Diskriminationsfähigkeit (Änderungssensitivität)

Relevante Änderungen im Qualitätsniveau einer Pflegeeinrichtung müssen sich in einer Veränderung des Testwertes widerspiegeln. Für die einzelnen Qualitätsindikatoren muss definiert sein, welche Indikatoreausprägung für eine (sehr) schlechte Versorgung steht und welche Ausprägung für eine (sehr) gute. Diese Anforderung können nur Indikatoren mit einer breiten Spannweite (mehrere Bewertungsklassen) und einer breiten Verteilung der Messwerte erfüllen. Stellt sich in der Überprüfung eines Indikators heraus, dass er zum großen Anteil auf nur eine Bewertungsklasse fällt und die anderen Bewertungsklassen kaum vorkommen, erfüllt er diese Anforderung nicht und sollte aus dem Test herausgenommen werden [23].

In der PTVS sind viele Kriterien so definiert, dass sie pflegefachlichen Standard oder eine Mindestversorgung abbilden. Da eine sehr gute Versorgung in der Bewertung nicht vorgesehen ist, ist im Ergebnis auch keine Darstellung von sehr guter bis zu sehr schlechter Versorgung möglich.

Kriterium 41 beispielweise fragt danach, ob „gesicherte Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien vorhanden“ sind. Die Ausfüllanleitung nennt explizit als Bewertungsgrundlage die Abwesenheit von Gefährdungen; sie liegt damit auf dem Niveau einer Mindestversorgung. Eine sehr gute Versorgung wäre z.B. dadurch gekennzeichnet, dass diese Aufenthaltsmöglichkeiten großzügig und demenzgerecht gestaltet sind, den Betroffenen vielfältige Beteiligungsmöglichkeiten eröffnen, dass dort Tiere angesiedelt sind, die auch von den Bewohnern betreut werden können und dass den Bewohnern tatsächlich eine Nutzung in hohem Umfang ermöglicht wird [47].

Zugelassen sind in der PTVS nur die beiden Bewertungsklassen erfüllt / nicht erfüllt (dichotomes Merkmal). Die Einteilung eines in der Realität kontinuierlichen Merkmals in Bewertungsklassen wird von Altman kritisch gesehen. Falls dennoch eine Einteilung in Klassen durchgeführt wird, sollte zumindest die Auswahl mehrerer Klassen möglich sein [48]. Bei einer stetigen Variablen muss bei einer dichotomen Bewertung ein Cut off Punkt festgelegt werden, ab dem die Anforderungen als erfüllt angesehen werden. Liegt der Cut off Punkt sehr hoch, erhalten auch die Pflegeeinrichtungen, die schon eine gute Qualitätsentwicklung genommen haben, ohne allerdings das Ziel bereits vollständig erreicht zu haben, als Ergebnis ein „Nicht erfüllt“ genauso wie diejenigen, die noch überhaupt keine Qualitätsanstrengungen unternommen haben. Liegt der Cut off Punkt zu niedrig, kommt es zu einer Gleichstellung der Einrichtungen, die bereits alle Anforderungen erfüllen mit jenen, die davon noch deutlich entfernt sind. Dies führt dazu, dass der Nutzer keine detaillierte Differenzierung in der Bewertung der Einrichtung vornehmen kann.

Um Einrichtungen, welche die Anforderungen kaum erfüllen, von jenen unterscheiden zu können, die sie fast erreichen, sollten für einen Indikator mindestens 4 Bewertungsstufen vorgesehen sein.

Reliabilität (Zuverlässigkeit, Wiederholbarkeit)

Das Ergebnis der Beurteilung muss unabhängig vom Zeitpunkt und dem Beurteiler reproduzierbar sein. Dies muss vor Routinenutzung eines Verfahrens überprüft werden [49]. Definitionsklarheit ist eine Voraussetzung für eine ausreichende Reliabilität. Grundsätzlich muss zwischen einer Selbst- und einer Fremdbewertung unterschieden werden. Eine durch externe Experten gewonnene Fremdeinschätzung kann durch eine Selbstbewertung nicht ersetzt oder kompensiert werden [50–52].

Das Pflegeversicherungsgesetz schreibt die Überprüfung durch externe Experten (Qualitätsprüfungen des MDK sowie gleichwertige Prüfergebnisse) eindeutig vor. Ergebnisse einer Reliabilitätsprüfung der PTVS sind nicht bekannt.

Validität (Richtigkeit)

Die Validität ist das zentrale Gütekriterium für Indikatoren und Messverfahren [20]. Der Begriff Validität beschreibt, inwieweit mit einer Erhebungsmethode die beurteilte Situation tatsächlich abgebildet wird. Gelingt dies nicht, ist die Methode nicht geeignet. Wesentlich ist insbesondere die Diskriminanzvalidität: Eine gute Einrichtung soll durch das Verfahren als gute Einrichtung erkannt werden, eine schlechte Einrichtung als schlechte (Sensitivität und Spezifität). Wichtig ist zudem die Vorhersagekraft

(positive und negative) der Ergebnisse, welche mit der Prävalenz guter und schlechter Einrichtungen zusammenhängt [19].

Das Ergebnis des Tests muss mit den Ergebnissen einer Test-unabhängigen (externen) Prüfung durch Experten übereinstimmen. Dazu wird der Testwert mit dem Test-unabhängigen Prüfergebnis in Verbindung gesetzt. Für die Bestimmung dieser äußeren Validität kommen in Abhängigkeit vom Skalenniveau unterschiedliche statistische Verfahren zur Anwendung, wie eine Interrater-Übereinstimmungsanalyse nach Bland & Altman [53,54] für metrische Merkmale oder eine Übereinstimmungsanalyse nach Cohen [55,56] für kategoriale Merkmale. Die Genauigkeit eines Indikators bzw. einer Messmethode setzt sich aus Reliabilität und Validität zusammen.

Für die PTVS sind keine Informationen zu einer Überprüfung der äußeren Validität vorhanden.

Vergleichbarkeit der Stichprobe (Adjustierung)

Der Grad der Abhängigkeit pflegebedürftiger Menschen von fremder Hilfe ist unterschiedlich und resultiert aus ihrem körperlichen und geistigen Zustand. Vermutet werden kann, dass es mit steigendem Hilfebedarf ihrer Bewohner für eine Pflegeeinrichtung schwieriger wird, gute pflegerische Versorgung zu leisten und ein gutes pflegerisches Ergebnis zu bewirken. Eine Qualitätsberichterstattung muss dies durch eine geeignete Stichprobenauswahl oder eine rechnerische Adjustierung berücksichtigen. Ansonsten bilden die Ergebnisse eher die Zusammensetzung der Bewohner ab, als die Qualität der pflegerischen Versorgung. Ein fairer Vergleich der Einrichtungen ist dann nicht möglich.

Die Herstellung vergleichbarer Bedingungen kann durch definierte Einschlusskriterien, eine multivariate Regression oder eine stratifizierte Stichprobenauswahl erfolgen [18,57,58]. Für den Pflegebereich empfiehlt es sich aus unserer Sicht nicht, bestimmte Personen z.B. mit besonders hohem oder niedrigem Risiko herauszunehmen (Einschlusskriterien). Genauso problematisch, wegen der Kompliziertheit der Interpretation kaum zu vermitteln und in der Praxis schwierig umzusetzen ist eine Umrechnung der Ergebnisse über eine mathematische Modellrechnung (multivariate Regression). Am praktikabelsten ist die Herstellung einer vergleichbaren, homogenen Stichprobe in jeder Einrichtung durch eine stratifizierte Stichprobenauswahl (geschichtete Stichprobenauswahl bzw. stratifizierte Randomisierung) [58,59]. Als Stratifizierungskriterium bieten sich gegenwärtig insbesondere die Pflegestufen nach SGB XI an, die den zeitlichen Umfang notwendiger Hilfeleistungen abbilden. Diese zeigen zu dem Ausmaß beeinträchtigter Selbstständigkeit einen „ausgeprägten Zusammenhang“ [60]. Nach diesem Verfahren wird die Bewohnerstichprobe in allen Pflegeeinrichtungen zu denselben Anteilen auf die Pflegestufen aufgeteilt (stratifiziert). Innerhalb der Pflegestufen erfolgt die Auswahl der aufzusuchenden Personen anschließend zufällig (randomisiert).

In der PTVS wird die Stichprobe der einzubeziehenden Bewohner nicht stratifiziert, sondern gemäß der tatsächlichen Verteilung der Pflegestufen in der jeweiligen Pflegeeinrichtung auf die Pflegestufen zufällig ausgewählt (PTVS). Dieses Verfahren repräsentiert die aktuelle Personenverteilung in den Einrichtungen und kann eine unterschiedliche Zusammensetzung der Stichproben in Bezug auf die Intensität der Pflegeabhängigkeit bewirken.

Valide Zusammenfassung und Aggregation von Ergebnissen



Systematischer Aufbau des Erhebungsinstruments

Der Aufbau eines Instrumentes zur Qualitätsmessung sollte einer zuvor definierten Systematik wie beispielsweise der Gliederung in Versorgungsbereiche, Versorgungsaspekte, Qualitätskriterien und Indikatoren folgen. Ein systematischer Aufbau ist Voraussetzung dafür, dass Daten sinnvoll aggregiert und zusammengefasst werden können. Für die PTVS ist ein systematisches Vorgehen nicht erkennbar.

Der Aufbau des Instrumentes definiert vier Versorgungsbereiche, gefolgt direkt von der Aufzählung von Indikatoren (teilweise auch Kriterien). Eine unterschiedliche Anzahl von Qualitätskriterien bzw. Indikatoren entspricht jeweils einem (immanenten) Versorgungsaspekt. Da für die Bewertung des Versorgungsbereiches rein mathematisch ein Mittelwert über alle Items gebildet wird, wird dadurch indirekt eine Gewichtung der einzelnen Versorgungsaspekte vorgenommen.

Gleichgerichtete Indikatorprofile

Bei der Zusammenfassung von mehreren Indikatoren in Indikatorprofile für jeweils ein Qualitätskriterium sollten die Indikatoren miteinander korrelieren. Biometrische Maßzahlen hierfür sind Korrelationskoeffizient, Cronbach's Alpha sowie Trennschärfekoeffizient [23,61]. Zur Berechnung müssen die Ergebnisse der einzelnen Indikatoren vorliegen. Falls Indikatoren nicht miteinander korrelieren, können nicht einfach arithmetische Mittelwerte gebildet werden, weil sonst gute Ergebnisse in einem Indikator und schlechte Bewertungen in einem anderen im Endeffekt eine mittlere Bewertung ergeben [62].

In der PTVS gibt es Kriterien mit einem Indikator (wie Item 8) und solche mit umfangreichen Indikatorprofilen (wie Item 4). Dem Anschein nach haben die Indikatoren in den meisten Fällen in der PTVS eine gemeinsame Ausrichtung. Berechnungen dazu sind nicht bekannt.

Bei Indikatorprofilen werden die Ergebnisse der einzelnen Indikatoren nicht aufgeführt.

Inhaltliche Bewertung und „K.O.-Kriterien“

Auch bei der Zusammenfassung von Qualitätskriterien dürfen nur Ergebnisse zusammengefasst werden, die eine gemeinsame inhaltliche Ausrichtung haben. Entsprechende Berechnungen für die PTVS sind nicht veröffentlicht. Eine gemeinsame inhaltliche Ausrichtung kann nicht vorausgesetzt werden [63]. Dadurch ist es durch Mittelwertbildung möglich, niedrige Werte in versorgungsrelevanten Aspekten mit hohen Werten z.B. in Aspekten reiner Dokumentation statistisch auszugleichen. In der Testphase eines neuen Verfahrens wird dies an einer großen Streuung der Werte erkennbar.

Im Bereich 1 „Pflege und medizinische Versorgung“ z.B. werden unterschiedlichste Qualitätskriterien aus den Bereichen Struktur, Qualifikation, Dokumentation, Kommunikation, Durchführung, Ergebnis und Evaluation zu einem arithmetischen Mittelwert zusammengefasst.

Der Bewertung zusammengefasster Ergebnisse muss eine inhaltliche Einschätzung vorausgehen. Fachlich muss entschieden werden, ob die zusammenzufassenden Ergebnisse inhaltlich gleichwertig sind. Sind sie es nicht, muss eine Gewichtung der einzelnen Ergebnisse und eine Festlegung von Abwertungskriterien, sog. „K.O.-Kriterien“, vorgenommen werden. Anderenfalls besteht die Gefahr, dass beispielsweise durch eine gute Doku-

mentation ein durch Pflegefehler eingetretener Schaden kompensiert werden kann [64].

Aus diesem Grund muss stark bezweifelt werden, ob tatsächlich eine Gesamtnote für eine gesamte Pflegeeinrichtung ermittelt werden kann. Aus Nutzersicht würde eine solche einzige Note nachvollziehbar einen Vergleich unterschiedlicher Angebote vereinfachen. Dazu müsste aber eine so große Zahl inhaltlich und methodisch unterschiedlichster Werte zusammengefasst werden, dass dies methodisch korrekt kaum möglich sein wird [15].

Gewichtete Aggregation

Werden bei einer Person gravierende Mängel oder Schädigungen festgestellt, dürfen die Ergebnisse mehrerer Personen in diesem Indikator nicht durch einfache Mittelwertbildung berechnet werden, sondern das Kriterium muss dann für die gesamte Einrichtung abgewertet werden [64]. Bei der Zusammenfassung der Ergebnisse personenbezogener Erhebungen (Aggregation) müssen deshalb gleichfalls Abwertungskriterien festgelegt sein. Der bei der Aggregation entstehende Wert muss der Einschätzung von Experten bzw. Nutzern entsprechen, da ansonsten keine Validität vorliegt.

Ist in Umsetzung der PTVS z.B. bei einer Bewohnerstichprobe von 10 Personen bei einer Person infolge einer nicht durchgeführten Dekubitusprophylaxe ein Dekubitus entstanden, während bei den anderen 9 Personen die notwendige Prophylaxe durchgeführt wurde, dann erhalten 9 Personen 10 Punkte und eine Person 0 Punkte. Dies ergibt im Mittel 9 Punkte, was nach der Bewertungssystematik der PTVS einer Bewertung „sehr gut“ entspricht.

Bewohnerbefragung und Lebensqualität



In der PTVS wird keine Zielsetzung für die Bewohnerbefragung genannt, die MDK-Prüfanleitung [65] bezeichnet sie als Zufriedenheitsbefragung.

Bei der Zufriedenheitsmessung Pflegebedürftiger muss besondere Vorsicht bei der Interpretation gefordert werden. Ältere und pflegebedürftige Menschen neigen zu positiven Aussagen zu ihrer Zufriedenheit, auch wenn ihre tatsächliche Situation dem nicht entspricht [66]. Folgerichtig verzichtet die PTVS darauf, die Ergebnisse der Bewohnerbefragung mit den anderen Ergebnissen zu verrechnen.

Die Ergebnisse der Bewohnerbefragung werden in den einzelnen Items aggregiert. Daraus wird ein arithmetisches Mittel berechnet und dargestellt.

Die Berechnung eines arithmetischen Mittels über alle Items für jeden Bewohner erfolgt nicht. Dadurch ist keine Aussage über die Verteilung der Zufriedenheit der Bewohner möglich, dargestellt mit statistischen Kennwerten wie Mittelwert, Median, Standardabweichung, Minimum und Maximum. Für Fragebögen müssen metrische Kenngrößen ermittelt und zur Verfügung gestellt werden (innere und äußere Validität, Reliabilität, Referenzwerte) [23,67]. Entweder wird ein bereits evaluierter Fragebogen eingesetzt, oder ein neu entwickelter Fragebogen muss umfangreich getestet werden. Testverfahren und -ergebnisse für den Bewohnerfragebogen sind nicht bekannt.

Bei der Wertegradauierung der PTVS fällt auf, dass die hinterlegten Skalenwerte nicht äquidistant sind. So beträgt der Abstand von „nie“ auf „gelegentlich“ 5 Punkte, während der Abstand „gelegentlich“ zu „häufig“ bzw. „häufig“ zu „immer“ lediglich 2,5 Punkte beträgt (Forderung der Äquidistanz bei mindestens intervallskala-

lierten Merkmalen). Eine Mittelwertberechnung ist dadurch nicht statthaft [68, 69].

Der Gesetzgeber fordert im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz einen Schwerpunkt auf der Abbildung der Lebensqualität [7]. Die Erhebung der Zufriedenheit mit den Leistungen der Pflegeeinrichtung, wie sie als Hintergrund der Bewohnerbefragung in der PTVS genannt wird, kann keinesfalls mit der Messung von Lebensqualität gleichgesetzt werden [70].

Bevorzugtes Instrument zur Messung von Lebensqualität ist die Selbstauskunft der Betroffenen mithilfe standardisierter Fragebögen [71]. Für den Einsatz bei multimorbiden oder dementen Menschen existiert ebenfalls eine Vielzahl methodisch erfolgreich getesteter Fragebögen [72–75]. Routinemäßig einsetzbar sind speziell dafür entwickelte Fragebögen auch bei Menschen mit leichter und mittelschwerer Demenz, demgegenüber ist ein routinemäßiger Einsatz bei schwerer Demenz nicht möglich [71, 72, 74–76]. Bei einem geschätzten Anteil von 40–70% dementer Bewohner in stationären Pflegeeinrichtungen bedeutet dies eine erhebliche Einschränkung der Nutzbarkeit [77]. Der Einsatz von „Proxy-Interviews“ bei Angehörigen oder Pflegepersonen muss wegen deutlicher Abweichungen zur Selbsteinschätzung der Betroffenen kritisch gewertet werden [70, 72, 74, 75, 78, 79]. Ob zukünftig bei kognitiv eingeschränkten Personen auch beobachtende Verfahren zum Einsatz kommen können, ist Gegenstand aktueller Forschung [70].

Kombinierter Einsatz aller Qualitätskategorien

Bisher ist es nicht überzeugend gelungen, einen direkten Zusammenhang zwischen guten Strukturen und guter Prozessqualität bzw. guter Prozessqualität und hoher Ergebnisqualität zu beweisen [16].

Die anfangs klaren Prioritäten für eine Darstellung der Ergebnisqualität wurden inzwischen relativiert. Donabedian stellt fest, dass neben der Qualität der Versorgung eine Vielzahl anderer Faktoren Einfluss auf die Ergebnisse nimmt, sodass zur Absicherung des Ergebnisses letztlich doch wieder eine Bewertung des Prozesses herangezogen werden muss [17].

Diese Begründung gilt nicht minder für die Pflege. Die Verbindung zwischen Intervention und Outcome kann auch in der Pflege „oft nur unzureichend hergestellt werden“ [41]. Die individuelle gesundheitliche Situation der Pflegebedürftigen und deren Selbstbestimmung nehmen großen Einfluss auf die Ergebnisqualität. Die Bestimmung bloßer Häufigkeiten wie Dekubitusraten erlaubt keine sicheren Aussagen über die tatsächliche pflegerische Versorgungsqualität. Auch komplexe Verfahren der Adjustierung (bspw. mittels Regressionsmodellen) erlauben zwar eine Annäherung, allerdings bleibt auch hierunter ein Unsicherheitsfaktor in der Einschätzung bestehen [63].

Die Abbildung von in der Stichprobe gefundenen Ergebnissen wie z. B. Dekubitusraten konfrontiert mit dem Problem des Vertrauensbereiches (Konfidenzintervall) [16]. Das Konfidenzintervall gibt mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit an, in welchem Bereich sich der tatsächliche Wert in der Grundgesamtheit (z. B. alle Bewohner der Pflegeeinrichtung) befindet. Bei einer Stichprobengröße von 10 Personen und einem bei einer Person festgestellten Dekubitus (10% der Stichprobe) liegt das (exakte) 95%-Konfidenzintervall zwischen 2 und 40%, d. h. dass sich mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% daraus nur ableiten lässt, dass bei 100 Bewohnern tatsächlich zwischen 2 und 40 Personen einen Dekubitus haben [80]. Bei einer Dekubitusrate von 10% aller

Bewohner liegt bei einer Stichprobe von 10 Personen die Wahrscheinlichkeit, keine Person mit Dekubitus auszuwählen, bei 34,9%, bei einer Dekubitusrate von 2% sogar bei über 80% (Annahme einer Binomialverteilung).

Die Begriffe Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität werden häufig wenig differenziert gebraucht. Zur Prozessqualität zählen Bereiche wie Planung und Dokumentation, aber auch Indikationsqualität („Werden die notwendigen Maßnahmen zeitgerecht eingesetzt?“), Durchführungsqualität („Werden die pflegerischen Maßnahmen fachgerecht ausgeführt?“) oder interpersonelle Aspekte („Erfolgt die Kommunikation seitens des Pflegepersonals wertschätzend und respektvoll?“). Zur Strukturqualität zählen beispielsweise auch personelle Ausstattung und Kompetenz der Mitarbeiter, denen eine hohe Bedeutung für die Versorgungsqualität zukommt [81, 82]. Bei demenzkranken Bewohnern ist der starke Einfluss der Umgebungsgestaltung auf das Wohlbefinden bekannt [37]. Die Bedeutung von Qualitätskriterien lässt sich nicht daraus ableiten, ob sie aus den Kategorien Ergebnis-, Struktur- oder Prozessqualität stammen. Entscheidend sind die Fragestellung und der Beitrag des Qualitätskriteriums für die Qualität des Versorgungsaspektes. Empfehlenswert ist deshalb eine Kombination aus allen drei Qualitätskategorien [9, 17].

Ergebnisqualität sollte getrennt von Prozess- bzw. Strukturqualität erhoben und dargestellt werden. Insbesondere ist es nicht sinnvoll, über diese drei Bereiche Mittelwerte zu bilden.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Die gesetzliche Verpflichtung zu einer verbraucherfreundlichen Transparenz über Qualität und Leistungen aller Anbieter von Pflegedienstleistungen ist ein wichtiger und unbedingt zu unterstützender Schritt zur Stärkung von Souveränität und Verbraucherrechten Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen.

Bei der PTVS handelt es sich um das bundesweit erste eindeutig auf den Verbrauchernutzen und eine qualitätsgesteuerte Inanspruchnahme abzielende Transparenzprojekt. Da die Zeit zur Konzepterstellung kurz war, musste man sich nachvollziehbar auf erste wichtige Ansätze beschränken. Die angekündigte wissenschaftliche Begleitung muss umso umfassender und sorgfältiger durchgeführt werden [83].

Qualitätstransparenz ist ein machtvoll Instrument zur Versorgungsgestaltung, dessen Effekte sich aber nicht automatisch und unabhängig von deren Ausgestaltung einstellen [10, 11, 16, 84–87]. Der Nutzen der Pflegetransparenz wird davon abhängen, ob Pflegebedürftige, Angehörige, Betreiber von Einrichtungen, Kostenträger und politische Entscheidungsträger Vertrauen in die Transparenzergebnisse entwickeln können. Dazu muss sichergestellt sein, dass das Erhebungs- und Bewertungsinstrument die tatsächliche Situation richtig abbildet. Das Verfahren des Zustandekommens muss ebenso dargelegt werden wie die Kriterien, nach denen wichtige Entscheidungen z. B. zur Auswahl der Qualitätsindikatoren getroffen wurden. Wesentliche methodische Gütekriterien müssen ermittelt und veröffentlicht werden [38].

Die wichtigsten Voraussetzungen für eine gelingende Qualitätstransparenz sind inhaltlicher Art. Vor der Konzeptarbeit für eine Pflegetransparenz muss die Definition von Qualitätsanforderungen stehen. Eine explizite Zielsetzung für die Pflegetransparenz muss aufgestellt werden, damit sich daran deren Ausgestaltung orientieren kann. Auch eine – unbedingt notwendige –

Evaluation des Verfahrens ist ohne vorherige Zielsetzung unsinnig.

Genauso inhaltlicher Art ist die Entscheidung zu einer Bewertungssystematik. Sollen Kriterien aus unterschiedlichen Bereichen und von unterschiedlicher Wichtigkeit bzw. von verschiedenen Bewohnern zusammengefasst werden, darf die Zusammenfassung sich nicht auf eine arithmetische Mittelwertbildung beschränken. Etabliert werden muss eine fachlich-inhaltliche Bewertungssystematik mit Abwertungskriterien (K. O.-Kriterien), die sicherstellt, dass schlechte Ergebnisse in einem wesentlichen Bereich nicht durch gute Werte in einem weniger wichtigen Aspekt ausgeglichen werden können.

Mit der politischen Gewichtung der Ergebnisqualität in der Pflege hat die pflegewissenschaftliche Forschung nicht Schritt gehalten. Bevor Ergebniskriterien breiteren Anteil in der Qualitätsberichterstattung einnehmen können, muss eine empirische Forschung die Zusammenhänge zwischen pflegerischer Intervention und Outcome aufzeigen und messbar machen. Auf die Darstellung von Prozess- und Strukturkriterien wird man wegen des großen Einflusses der Individualität der Pflegebedürftigen auch dann nicht verzichten können. Innerhalb der Prozessqualität sollte der Schwerpunkt auf die Indikations-, Durchführungs- und Interaktionsqualität verlagert, innerhalb der Strukturqualität die personelle Ausstattung berücksichtigt werden.

Die Folgen einer einrichtungsbezogenen Qualitätsberichterstattung sind nicht sicher abzusehen. Fatal wäre eine Ressourcenverschiebung hin zu weniger wichtigen, aber abgebildeten Kriterien unter Vernachlässigung wichtiger, aber nicht abgebildeter Aspekte. Durch eine Begleitforschung muss überprüft werden, ob sich die gewünschten Folgen einstellen und adverse Effekte vermieden werden. Dies stellt eine zentrale Forderung evidenzbasierten Handelns dar.

Eine einrichtungsbezogene Qualitätsberichterstattung in der Pflege kann enorme Effekte auf diesen Versorgungsbereich haben. Diese Effekte sollten in größtmöglichem Umfang zum Wohl der Pflegebedürftigen, aber auch vieler gut und engagiert arbeitender Pflegeeinrichtungen genutzt werden. Voraussetzung dafür ist, dass das Verfahren methodisch und inhaltlich sorgfältig konzipiert und in seiner Wirkung nachhaltig evaluiert wird. Die Methoden dafür sind bekannt; dass sie auf die Pflege anwendbar sind, wurde gezeigt.

Interessenkonflikt: Beide Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- 1 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft; 2000 <http://www.bmfsfj.de/Kategorien/Publikationen/Publikationen,did=3174.html> (Zugriff 01.03.2007)
- 2 Drieschner F. Ende ohne Gnade Die Zeit 2004; 29. <http://www.zeit.de/2004/29/Pflegenotstand?page=all> (Zugriff 06.01.2006)
- 3 Badura B. Beteiligung von Bürgern und Patienten im Gesundheitswesen. Bundesgesundheitsblatt 2002; 45: 21–25
- 4 Clade H. Verbraucher- und Patientenschutz: Plädoyer für einen Bundesbeauftragten. Deutsches Ärzteblatt 2003; 100 (11): A 72
- 5 Müller E. Perspektiven von Verbraucher- und Gesundheitspolitik. Die Krankenversicherung 2005; 12: 329–332
- 6 Sozialverband Deutschland SovD. 12 Forderungen für eine würdevolle Pflege; Stand Januar 2005; <http://www.sovd.de/fileadmin/downloads/broschueren/pdf/12forderungen.pdf> (Zugriff 20.07.2009)
- 7 Bundesregierung. Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz). Köln: Bundesanzeiger Verlag, Beschluss vom 28. Mai 2008; <http://www.bgblportal.de/BGBl/bgbl1f/bgbl1f108s0874.pdf> (Zugriff 16.07.2009)
- 8 GKV-Spitzenverband, Vereinigung der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, Bundesarbeitsgemeinschaft der Überörtlichen Träger der Sozialhilfe, Bundesvereinigung der Kommunalen Spitzenverbände. Vereinbarung nach §115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI. https://www.gkv-spitzenverband.de/upload/Vereinbarung_stationär_Stand_17_12_2008_5124.pdf (Zugriff 16.07.2009)
- 9 Eddy ME. Performance measurement: problems and solutions. Health Affairs 1998; 17 (4): 7–25
- 10 Zinn J, Spector W, Hsieh L et al. Do trends in the reporting of quality measures on the Nursing Home Compare Web Site differ by nursing home characteristics? The Gerontologist 2005; 45 (6): 720–730
- 11 Mukamel DB, Weimer DL, Spector WD et al. Publication of quality report cards and trends in reported quality measures in nursing homes. Health Services Research 2008; 43 (4): 1244–1262
- 12 Marshall MN, Romano PS, Davies HTO. How do we maximize the impact of the public reporting of quality of care? International Journal for Quality in Health Care 2004; 16 (1): 157–163
- 13 Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin. Qualitätsindikatoren in Deutschland – Positionspapier des Expertenkreises Qualitätsindikatoren beim Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) Berlin; Stand 14.04.2005. http://www.aezq.de/edocs/pdf/literatur/qi_positionspapier.pdf (Zugriff 14.04.2009)
- 14 Geraedts M, Selbmann HK, Ollenschläger G. Beurteilung der methodischen Qualität klinischer Messgrößen. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung 2002; 96: 91–96
- 15 Müller M. Mehr Daten=mehr Qualität. Competence 2009; 3: 9
- 16 Mor V, Berg K, Angelelli J et al. The quality of quality measurement in US nursing homes. The Gerontologist 2003; 43 (Special Issue II): 37–46
- 17 Donabedian A. The quality of care – how can it be assessed? JAMA 1988; 260 (12): 1743–1748
- 18 Sangl J, Saliba D, Gifford DR et al. Challenges in measuring nursing home and home health quality. Medical Care 2005; 43 (3): 24–32
- 19 Zentralstelle der Deutschen Ärzteschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin. Beurteilung klinischer Messgrößen des Qualitätsmanagements – Qualitätskriterien und -indikatoren in der Gesundheitsversorgung – Konsenspapier der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der AWMF; 2001. http://www.aezq.de/edocs/pdf/stellungnahmen/sn_qualitaetsindikatoren_2002.pdf (Zugriff 14.07.2009)
- 20 Reiter A, Fischer B, Köttig J et al. QUALIFY: Ein Instrument zur Bewertung von Qualitätsindikatoren. BQS gGmbH; 2007; <http://www.bqs-online.com/download/qualify/qualify-down.pdf> (Zugriff 30.06.2009)
- 21 National Quality Measures Clearinghouse. Using Measures; o.D. http://qualitymeasures.ahrq.gov/resources/Measures_use.aspx (Zugriff 29.06.2009)
- 22 The Joint Commission. Attributes of core performance measures and associated evaluation criteria; o.D. <http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/7DF24897-A700-4013-A0BD-154881FB2321/0/AttributesofCorePerformanceMeasuresandAssociatedEvaluationCriteria.pdf> (Zugriff 14.07.2009)
- 23 Lienert GL, Raatz U. Testaufbau und Testanalyse. 6. Auflage. Weinheim: Psychologie Verlags Union; 1998
- 24 Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, Hrsg. Kompendium QM-A 3. Auflage. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2008
- 25 Masing W. Das Unternehmen im Wettbewerb. In: Masing W, Hrsg.: Handbuch Qualitätsmanagement. 3. gründlich überarbeitete und erweiterte Auflage. München und Wien: Hanser; 1994
- 26 Sozialgesetzbuch. Sozialgesetzbuch XI. Stand 01.01.2009. Köln: Wolters Kluwer
- 27 Vereinigungen der Träger der Vollstationären Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, Bundesarbeitsgemeinschaft der Überörtlichen Träger der Sozialhilfe, Bundesvereinigung der Kommunalen Spitzenverbände, Spitzenverbände der Pflegekassen. Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschl. des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen; Stand 07.03.1996. https://www.gkv-spitzenverband.de/upload/QVvoll_442.pdf (Zugriff 04.07.2009)
- 28 GKV-Spitzenverband. Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI (Qualitätsprüfungsrichtlinien – QPR) vom 11.06.09 in der Fassung vom 30.06.09. https://www.gkv-spitzenverband.de/upload/QPR-Richtlinien_30062009_7605.pdf (Zugriff 20.07.09)
- 29 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bundesministerium für Gesundheit. Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; 2006

- 30 *Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege*. Expertenstandards in der Pflege; Stand 18.09.2009 <http://www.dnqp.de> (Zugriff 29.10.2009)
- 31 *Besendorfer A, Göschel I, Senfleben B*. Gütekriterien für die Pflege – Pflegestandards als Instrument zur Qualitätssicherung. *Altenpflege* 1996; 7: 458–460
- 32 *Bundesregierung*. Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) (BT-Drsn. 16/7439) 2007; <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/074/1607439.pdf> (Zugriff 04.07.2009)
- 33 *Robichaud L, Durand PJ, Bedard R et al*. Quality of life indicators in long term care: Opinions of elderly residents and their families. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 2006; 73 (4): 245–251
- 34 *Curtis MP, Sales AEB, Sullivan JH et al*. Satisfaction with care among community residential care residents. *Journal Of Aging And Health* 2005; 17 (1): 003–027
- 35 *Kane RL, Kane RA*. What older people want from long-term care, and how they can get it. *Health Affairs* 2001; 20 (6): 114–127
- 36 *Josat S, Schubert HJ, Schnell MW et al*. Qualitätskriterien, die Altenpflegeheimbewohnern und Angehörigen wichtig sind. *Pflege* 2006; 19: 79–87
- 37 *Kuratorium Deutsche Altershilfe*. Hausgemeinschaften – die 4. Generation des Altenpflegeheimbaus; BMG Modellprojekte Band 8. Berlin: Das Bundesministerium für Gesundheit; 2000
- 38 *Bartholomeyczik S*. Pflege diagnostik, Assessment und Klassifikation: Funktionen und Grenzen. *PrinterNet* 2006; 6: 453–458
- 39 *Görres S, Hasseler M, Mittnacht B*. Gutachten zu den MDS-Qualitätsprüfungen und den Qualitätsberichten im Auftrag der Hamburgischen Pflegegesellschaft. Bremen: iap expert GmbH; 2008
- 40 *Roth G*. Qualität in Pflegeheimen. Dortmund: Forschungsgesellschaft für Gerontologie – Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund, 2002
- 41 *Stemmer R*. Zur aktuellen Lage der pflegesensitiven Outcomemessung – eine Übersicht. *PrinterNet* 2005; 07–08: 430–435
- 42 *Sackett DL*. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312 : 71–72
- 43 *Sackett DL*. Was ist Evidenz-basierte Medizin? In: Perleth M, Anthes G, Hrsg.: Evidenz-basierte Medizin – Wissenschaft im Praxisalltag. München: MMW Medizin Verlag; 1998; 9–12
- 44 *Castle NG*. Family members as proxies for satisfaction with nursing home care. *Journal on Quality and Patient Safety* 2006; 32 (8): 452–458
- 45 *Kahanpää A, Perälä MJ, Rääkkönen O*. Consistency of quality assessments in long-term care by the clients, family members and named nurses. *Scandinavian Journal of Caring Science* 2006; 20: 375–385
- 46 *GKV-Spitzenverband*, Vereinigung der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, Bundesarbeitsgemeinschaft der Überörtlichen Träger der Sozialhilfe, Bundesvereinigung der Kommunalen Spitzenverbände. Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 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 17.12.2008. Anlage 3 Ausfüllanleitungen für die Prüfer. https://www.gkv-spitzenverband.de/upload/Vereinbarung_stationär_Anlage_3_17.12.2008_5105.pdf (Zugriff 20.07.2009)
- 47 *Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA)*, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Gärten für Pflegebedürftige Menschen – Planungshilfe. Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe; 2004
- 48 *Altman DG, Lausen B, Sauerbrei W et al*. Dangers of using optimal cutpoints in the evaluation of prognostic factors. *J Natl Cancer Inst* 1994; 86: 829–835
- 49 *Röhrig B, du Prel JB, Blettner M*. Studiendesign in der medizinischen Forschung: Teil 2 der Serie zur Bewertung wissenschaftlicher Publikationen. *Dtsch Arztebl Int* 2009; 106 (11): 184–189
- 50 *Mor V, Angelelli J, Jones R et al*. Inter-rater reliability of nursing home quality indicators in the US. *BMC Health Services Research* 2003; 3/20: 720–730
- 51 *Ehrenberg A, Ehnfors M*. The accuracy of patient records in swedish nursing homes: congruence of record content and nurses' and patients' descriptions. *Nordic College of Caring Sciences* 2001; 15: 303–310
- 52 *Schnelle JF, Osterweil D, Simmons SF*. Improving the quality of nursing home care and medical-record technologies. *The Gerontologist* 2005; 45 (5): 576–582
- 53 *Bland JM, Altman DG*. Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. *Lancet* 1986; 1: 307–310
- 54 *Bland JM, Altman DG*. Measuring agreement in method comparison studies. *Stat Methods Med Res* 1999; 8: 135–160
- 55 *Cohen J*. A coefficient of agreement for nominal scales. *Educ Psychol Meas* 1960; 20: 37–46
- 56 *Altman DG*. *Practical statistics for medical research*. Boca Raton, London, New York: Chapman and Hall, reprint 1999; 403–409
- 57 *Röhrig B, du Prel JB, Wachtlin D et al*. Studientypen in der medizinischen Forschung: Teil 3 der Serie zur Bewertung wissenschaftlicher Publikationen. *Dtsch Arztebl Int* 2009; 106 (15): 262–268
- 58 *Bortz J, Döring N*. *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. 3. Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer; 2003
- 59 *Machin D, Campbell MJ, Fayers PM et al*. *Sample size tables for clinical studies*. Second edition. Oxford: Blackwell Science Ltd; 1997; 296–299
- 60 *Wingenfeld K, Büscher A, Gansweid B*. Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Institut für Pflegewissenschaften an der Universität Bielefeld (IPW) und Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe. Stand 25.03.2008; http://www.mds-ev.org/media/pdf/Abschlussbericht_Hauptphase_I_IPW_MDKWL_25.03.08.pdf (Zugriff 14.07.2009)
- 61 *Cortina JM*. What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *J Appl Psycho* 1993; 78: 98–104
- 62 *Krämer W*. *So lügt man mit Statistik*. 4. Auflage. München: Piper Verlag GmbH; 2003
- 63 *Mukamel DB, Brower CA*. The influence of risk adjustment methods in the conclusions about quality of care in nursing homes based on outcome measures. *The Gerontologist* 1998; 38 (6): 695–703
- 64 *Möller J, Zieres G*. Zur Transparenz der Qualität von Pflegeeinrichtungen. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 2009. <http://www.thieme-connect.de/ejournals/pdf/gesqm/doi/10.1055/s-0028-1109638.pdf> (Zugriff 08.10.2009)
- 65 *Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V.* MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der stationären Pflege. Entwurf – Stand 27. August 2009
- 66 *Wingenfeld K, Schaeffer D*. Nutzerperspektive und Qualitätsentwicklung in der ambulanten Pflege. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 2001; 34 (2): 140–146
- 67 *Dozier AM, Kitzman HJ, Ingersoll GL et al*. Development of an instrument to measure patient perception of the quality of care. *Research in Nursing & Health* 2001; 24: 506–517
- 68 *Friedrichs J*. *Methoden empirischer Sozialforschung*. 14. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 1990
- 69 *Bortz J*. *Statistik für Sozialwissenschaftler*. 5. Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag; 1999; 17–47
- 70 *Pfaff H, Glaeske G, Neugebauer EAM et al*. Memorandum III: Methoden für die Versorgungsforschung (Teil I). *Gesundheitswesen* 2009; 71: 505–510
- 71 *Koller M, Neugebauer EAM, Augustin M et al*. Die Erfassung von Lebensqualität in der Versorgungsforschung – konzeptuelle, methodische und strukturelle Voraussetzungen. *Gesundheitswesen* 05.10.2009; <http://www.thieme-connect.de/ejournals/toc/gesu/efirst> (Zugriff 06.10.2009)
- 72 *Hoe J, Hancock G, Livingston G*. Quality of life of people with dementia in residential care homes. *The British Journal of Psychiatry* 2006; 188: 460–464
- 73 *Hodek JM, Ruhe AK, Greiner W*. Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Multimorbidität. *Gesundheitswesen* 29.09.2009; <http://www.thieme-connect.de/ejournals/pdf/gesu/doi/10.1055/s-0029-1234121.pdf> (Zugriff 08.10.2009)
- 74 *Gerritsen DL, Steverink N, Ooms ME et al*. Measurement of overall quality of life in nursing homes through self-report: the role of cognitive impairment. *Qual Life Res* 2007; 16: 1029–1039
- 75 *Roick C, Hinz A, Gertz HJ*. Kann Lebensqualität bei Demenzkranken valide bestimmt werden? *Psychiatrische Praxis* 2007; 34: 108–116
- 76 *Ettema TP, Hensen E, De Lange J*. Self report on quality of life in dementia with modified COOP/WONCA charts. *Aging and mental health* 2007; 11 (6): 734–742
- 77 *Canzler M*. Demenz: Versorgungssituation und strukturelle Anforderungen. In: Weiber U, Zieres G, Hrsg. *Qualität in der Altenpflege*. Nierstein: Iatros Verlag; 2005
- 78 *Hoe J, Katona C, Orrell M et al*. Quality of life in dementia: care recipient and caregiver perceptions of quality of life in dementia: the LASER-AD study. *International journal of geriatric psychiatry* 2007; 22 (10): 1031–1036
- 79 *Vogel A, Mortensen EL, Hasselbalch SG et al*. Patient versus informant reported quality of life in the earliest phases of Alzheimer's disease. *International journal of geriatric psychiatry* 2006; 21 (12): 1132–1138

- 80 Altman DG, Machin D, Bryant TN et al. Statistics with confidence: Confidence intervals and statistical guidelines. Reprinted. London: BMJ Books; 2002
- 81 Kazui H, Harada K, Eguchi YS et al. Association between quality of life of demented patients and professional knowledge of care workers. *Journal of geriatric psychiatry and neurology* 2008; 21 (1): 72–78
- 82 Bates-Jensen BM, Schnelle JF, Alessi CA et al. The effects of staffing on in-bed times of nursing home residents. *JAGS* 2004; 52: 931–938
- 83 GKV-Spitzenverband, MDS und MDK Hessen. Start für die Pflegenoten – Prüfungen nach neuem Prüfschema können beginnen Gemeinsame Pressemitteilung vom 30.06.2009; https://www.gkv-spitzenverband.de/upload/Gemeinsame_Pressemitteilung_Endf_mit_Logos_7461.pdf (Zugriff 23.07.2009)
- 84 Marshall M, Shekelle PG, Leatherman S et al. The public release of performance data: what do we expect to gain? A review of the evidence. *JAMA* 2000; 283 (14): 1866–1874
- 85 Marshall MN, Romano PS, Davies HTO. How do we maximize the impact of the public reporting of quality of care? *International Journal for quality in Health Care* 2004; 16 (1): 157–163
- 86 Schnelle JF, Ouslander JG, Simmons SF. Direct observations of nursing home care quality: does care change when observed? *JAMDA* 2006; 7 (9): 541–544
- 87 Stevenson DG. Is a public reporting approach appropriate for nursing home care? *Journal of Health Politics, Policy and Law* 2006; 31 (4): 773–810

