

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 Alternative¹.

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

¹ 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 Pflege-transparenzkriterien näher kommen.

Um den Lesefluss zu vereinfachen haben wir uns der Sprachregelung „Bewohner“ und „Kunden“ in Anlehnung an die Veröffentlichungen zu den Pflege-Transparenzvereinbarungen (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 Pflegetransparenzkriterien (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 Pflegetransparenzkriterien 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 Pflegekriterien, des Bewertungssystems und der Darstellung von Ergebnissen (Layout)	278
6.2.1	Tauglichkeit der Pflegekriterien, des Bewertungssystems und der Darstellung von Ergebnissen aus wissenschaftlicher Perspektive	278
6.2.2	Tauglichkeit der Pflegekriterien, 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), 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), die BKK-Pflegedatenbank Paula (www.bkk-pflege.de/Paula/) und der Pflegekompass (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

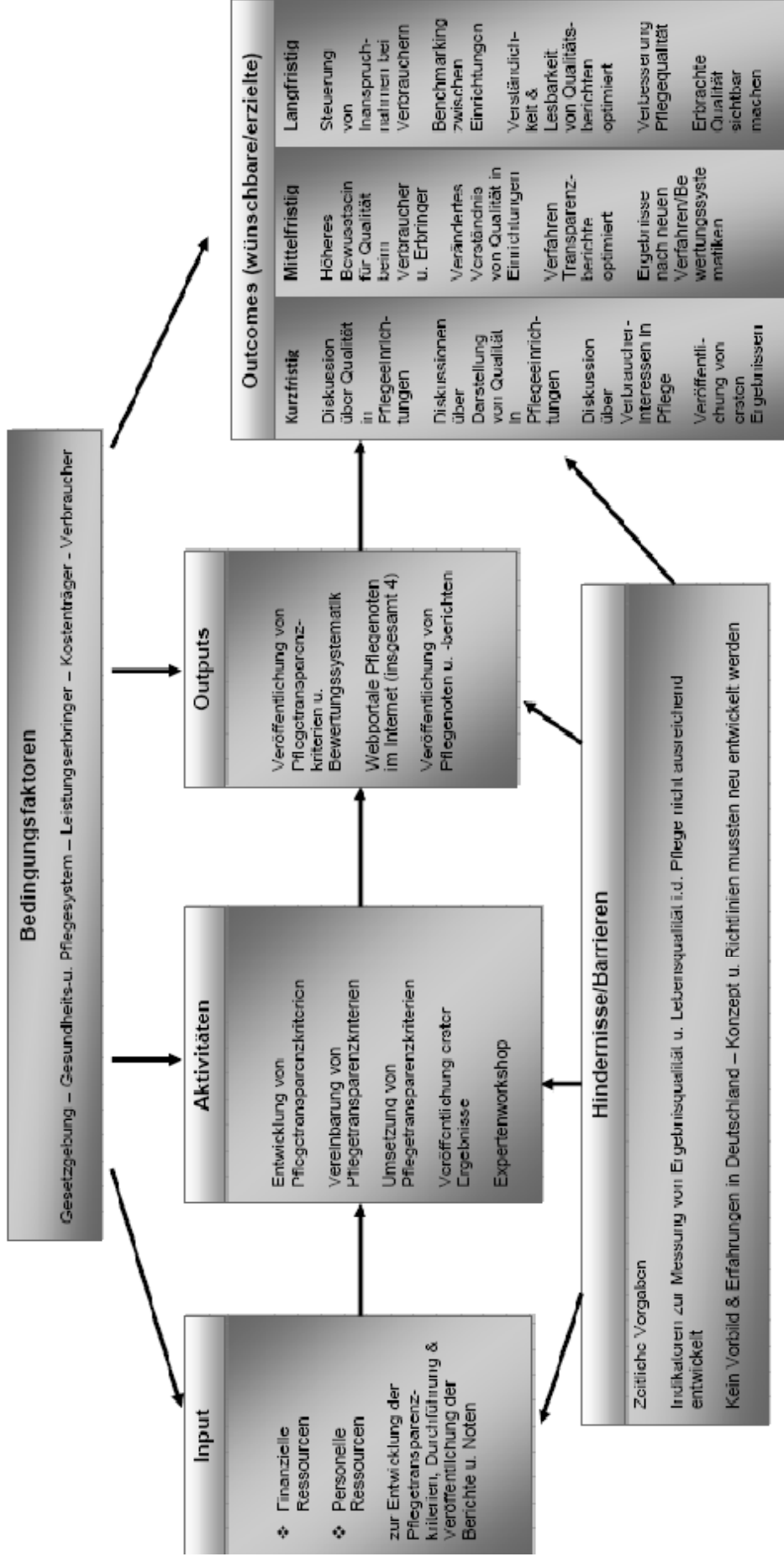


Abbildung 1: Entwicklung und Umsetzung Pflegetransparentenzkriterien (eigene Darstellung)

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 Pflegetransparentenzkriterien 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 Pflegetransparentenzkriterien, 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 Layout¹ 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

¹ 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 Verbraucher² 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

² 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.³ 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

³ 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 Denkmethode 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.⁴

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).⁵

⁴ 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).

⁵ 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 Wohnerrate 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.⁶ 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

⁶ 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).⁷ 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

⁷ 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.⁸ 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.

⁸ 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 Pflege-Transparenzkriterien 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透明enzkriterien 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 widerspiegelt 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 Pflegetransparenzkriterien 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 Pflegetransparenzkriterien. 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 Pflegetransparenzkriterien 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
Transparenzberichte u. -initiativen Krankenhäuser	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	
Transparenzberichte u. -initiativen Langzeitpflege	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
Resümee	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

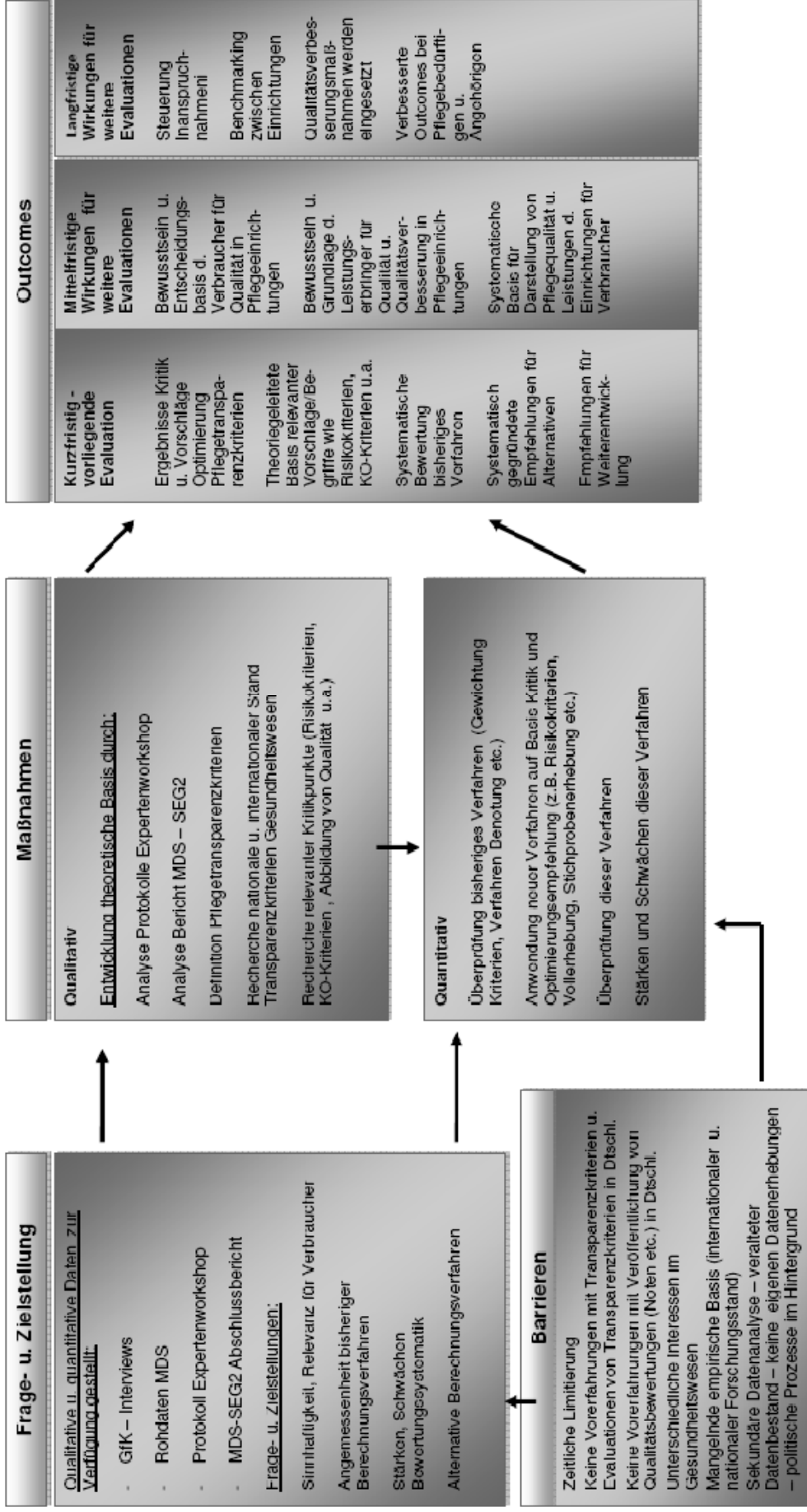


Abbildung 2: Formative Programmevaluation: Pflegetransparentenzkriterien

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). 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):

Strukturqualität	Rahmenbedingungen gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung; z.B. Zahl und Qualifikation des Personals, Infrastruktur, Gebäude, Regelungen über Aus-, Fort- und Weiterbildung, organisatorische und finanzielle Rahmenbedingungen
Prozessqualität	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
Ergebnisqualität	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.
Lebensqualität	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:

	Stationäre Pflege (PTVS – vom 17. Dezember 2008)	Typ des Kriteriums Stationäre Pflege	Ambulante Pflege (PTVA – vom 29. Januar 2009)	Typ des Kriteriums Ambulante Pflege
Ernährung und Flüssigkeit	T 15, T 18	Ergebnis	T 5, T 8	Prozess
Schmerz	T 20	Prozess	-	
Kontinenz	T 22	Prozess	T 25 (wenn im Pflegedienst entsprechende Kunden vorhanden) T 26 Stomabehandlung (wenn im Pflegedienst entsprechende Klientel vorhanden)	Prozess
Funktionsstatus	-		-	
Dekubitus	T 11	Prozess	T 11	Prozess
Mobilität/Mobilität srestriktionen	T 29	Prozess	T 17	Prozess
Kontrakturen	T 27	Prozess	T 13	Prozess
Depression	-		-	
Infektionen	-		T 21 (wenn im Pflegedienst entsprechende Kunden vorhanden)	Prozess
Psychotrope Medikationen	-		-	
Beschwerde-management	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
Bereiche: Ernährung und Flüssigkeit, Schmerz, Kontinenz, Funktionsstatus, Dekubitus, Mobilitätsrestriktionen, Kontrakturen, psychotrope Medikationen, Depression, Infektionen, Beschwerdemanagement	Problem: 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		
Mögliche Kriterien Stationäre Pflege: T 15, T 18, T 22, T 11, T 27, T 29 Ambulante Pflege: T 5, T 8, T 11, T 17, T 13 und T 21 und Q 26 (wenn Kunden im ambulanten Dienst vorhanden)	Mögliche Kriterien Keine Kriterien sowohl für den ambulanten wie für den stationären Bereich, da Prozesskriterien dominieren. Dieser Pfad ist nicht möglich.	Mögliche Kriterien Stationäre Pflege: T 15, T 18, T 22, T 11, T 27, T 29 Ambulante Pflege: T 5, T 8, T 11, T 17, T 13 und T 21 und T 26 (wenn Kunden im ambulanten Dienst vorhanden)	Mögliche Kriterien Aus wissenschaftlicher Sicht sind keine KO-Kriterien per se zu nennen. Auch zeigt die internationale Literatur keine Hinweise auf KO-Kriterien.	
Frage: Welche Wirkung auf Notengebung? Welche Konsequenzen resultieren daraus? Probleme: Kriterien Lebensqualität fehlen; derzeitige Bewohnerbefragung methodisch in Frage zu stellen	Frage: Welche Wirkung auf Notengebung? Welche Konsequenzen resultieren daraus? Probleme: Kriterien Lebensqualität fehlen; derzeitige Bewohnerbefragung methodisch in Frage zu stellen	Frage: Welche Wirkung auf Notengebung? Welche Konsequenzen resultieren daraus? Probleme: Kriterien Lebensqualität fehlen; derzeitige Bewohnerbefragung methodisch in Frage zu stellen	Frage: welche Wirkung auf Notengebung? Welche Konsequenzen resultieren daraus? Probleme: Kriterien Lebensqualität fehlen; derzeitige Bewohnerbefragung methodisch in Frage zu stellen	Frage: welche Wirkung auf Notengebung? Welche Konsequenzen resultieren daraus? Probleme: 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**.⁹ 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).

⁹ 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><u>Modell I</u> <u>„Gewichtungsmodell“</u></p> <p><u>Modell Ia</u> <u>Modell Ib</u> <u>Modell Ic</u></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><u>Modell II</u> <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><u>Modell III</u> <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>Modell IV <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
Stationärer Bereich			
Q1: Pflege und medizinische Betreuung	35	T1 – T33	T34, T35
Q2: Umgang mit demenzkranken Bewohnern	10	T36 – T39, T44	T40 – T43, T45
Q3: Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung	10	---	T46 – T55
Q4: Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene	9		T56 – T64
Q5: Befragung der Bewohner	18	T65 – T82	
Ambulanter Bereich			
Q1: Pflegerische Leistungen	17	T1 – T17	---
Q2: Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen	10	T18 – T27	
Q3: Dienstleistung und Organisation	10	T28	T29 – T37
Q4: Befragung der Kunden	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"> a) <i>Die gerichteten Medikamente mit den Angaben in der Pflegedokumentation übereinstimmen,</i> b) <i>diese bewohnerbezogen beschriftet aufbewahrt werden</i> c) <i>ggf. eine notwendige Kühlschrankschlagerung (2 – 8°) erfolgt</i> d) <i>diese als Betäubungsmittel verschlossen und gesondert aufbewahrt werden</i> e) <i>bei einer begrenzten Gebrauchsdauer nach dem Öffnen der Verpackung das Anbruch- und Verfallsdatum ausgewiesen wird,</i> 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> g) <i>Bei Verblisterung die Medikamente direkt aus der Blisterpackung gereicht werden,</i> h) <i>Bei Verblisterung eine kurzfristige Umsetzung der Medikamentenumstellung gewährleistet wird.</i> <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 Pflegetransparenzkriterien 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 Pflegetransparenzkriterien 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 Pflegetransparenzkriterien 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).

	Anzahl Kriterien (Items)	Cronbachs Alpha	Cronbachs Alpha standardisiert
Stationärer Bereich			
Q1: Pflege und medizinische Betreuung	35	0,888	0,887
Q2: Umgang mit demenzkranken Bewohnern	10	0,801	0,780
Q3: Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung	10	0,729	0,736
Q4: Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene	9	0,542	0,535
Ambulanter Bereich			
Q1: Pflegerische Leistungen	17	0,821	0,816
Q2: Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen	10	0,481	0,459
Q3: Dienstleistung und Organisation	10	0,773	0,768

Tabelle 8: Reliabilitätskoeffizient Cronbachs Alpha für die Qualitätsbereiche der Pflegekriterien

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 Pflegetransparenzkriterien 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 die 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 zur 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. „Pflegequalität“). 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%			
Q1										
T1	B	913	15	1,404	1,000	1,000	1,400	,8938	1,0	6,0
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	1,839	1,000	1,000	1,375	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	1,328	1,000	1,000	1,000	,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	1,373	1,000	1,000	1,500	,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	1,300	1,000	1,000	1,200	,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%			
Q1										
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
Q2										
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%			
Q3										
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
Q4										
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%			
Q5										
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
T15	Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung?
T18	Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung?
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 Bereichsnote 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

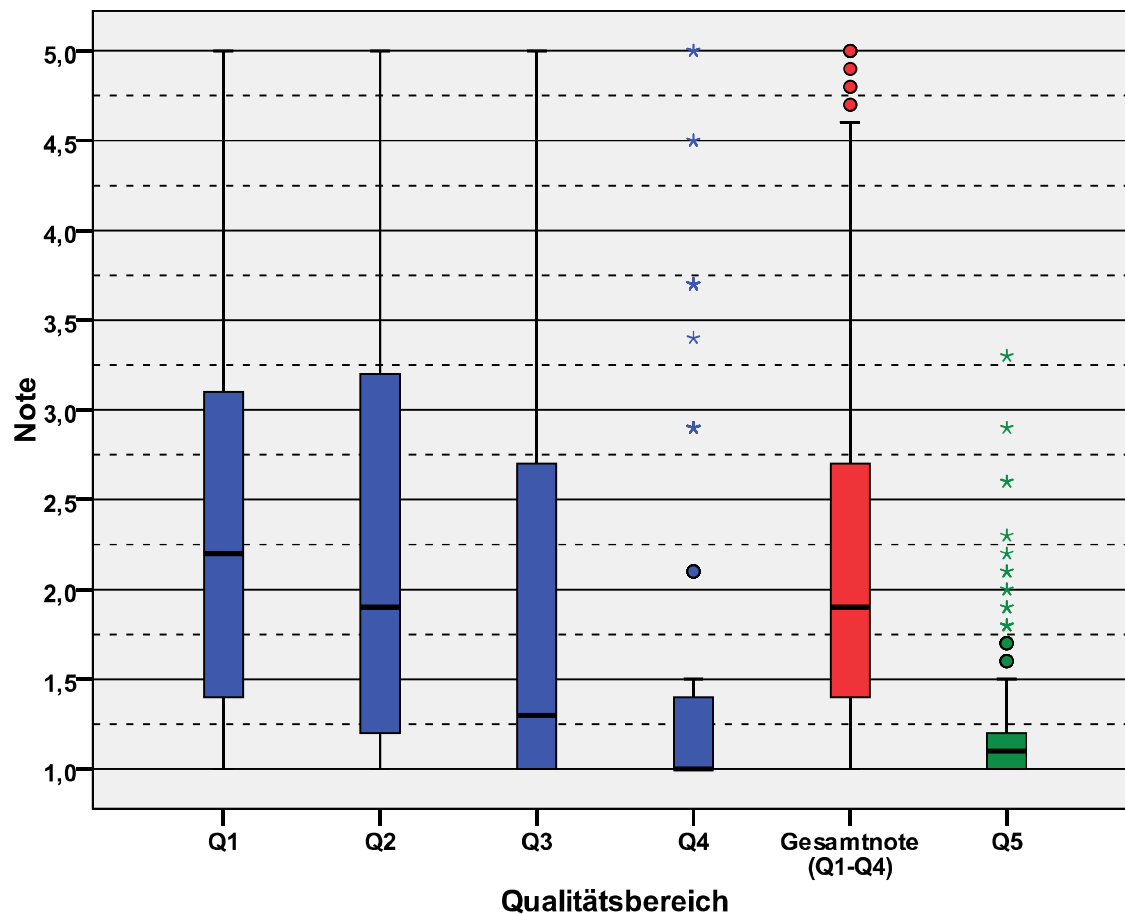


Abbildung 3: Boxplots der Verteilung der Noten für die Qualitätsbereich Q1 – Q5 sowie für die Gesamtnote im stationären Fall

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).

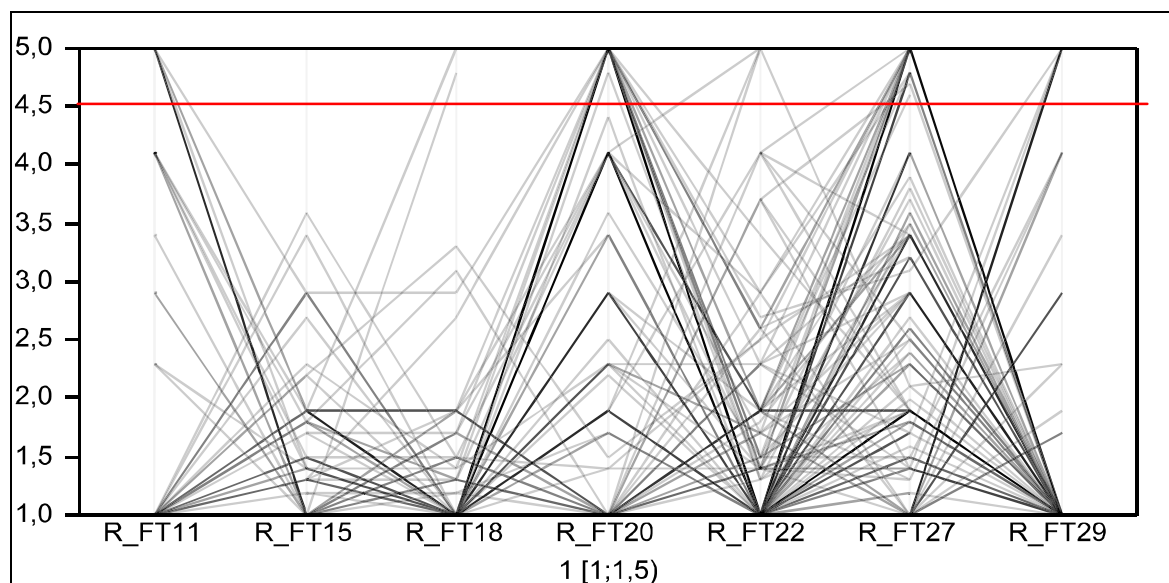


Abbildung 4: Parallelplots nach Risikokriterien im Notenbereichen sehr gut der Gesamtnote im stationären Fall

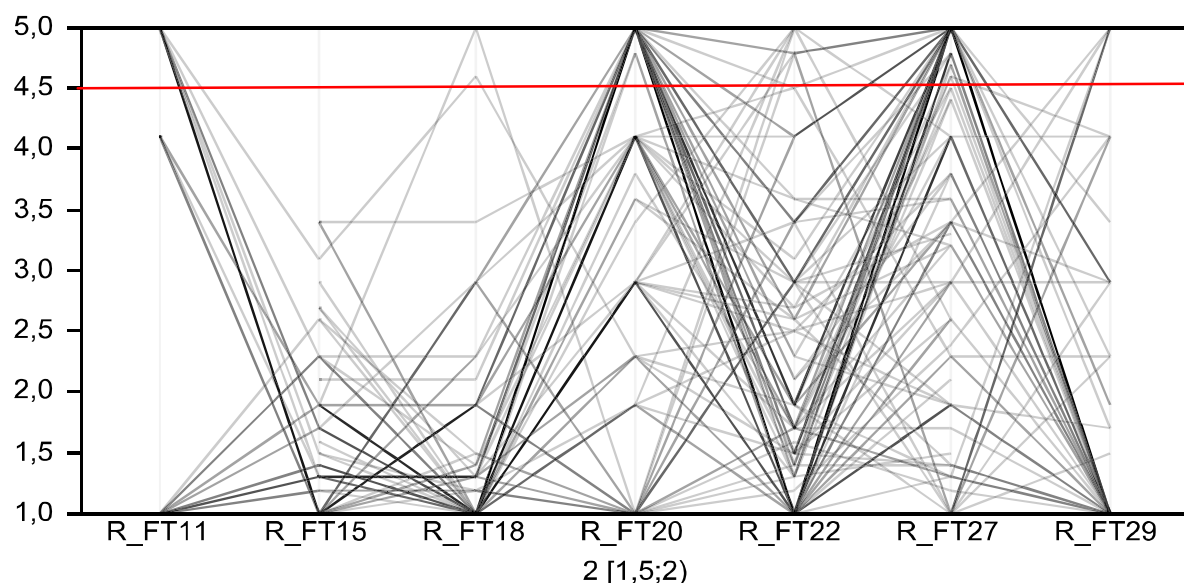


Abbildung 5: Parallelplots nach Risikokriterien im Notenbereichen gut (1,5 - 2,0) der Gesamtnote im stationären Fall

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%			
Q1										
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	1,000	1,000	1,000	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	1,000	1,000	1,000	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%			
Q2										
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	1,000	1,000	1,000	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	1,000	1,000	1,000	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	1,000	1,000	1,000	,9803	1,0	4,1
T27	K	219	12	2,133	1,000	1,000	3,400	1,5591	1,0	5,0
Q3										
T28	K	223	8	1,995	1,000	1,000	2,900	1,5749	1,0	5,0
T29	D	231	0	1,385	1,000	1,000	1,000	1,1772	1,0	5,0
T30	D	230	1	1,365	1,000	1,000	1,000	1,1547	1,0	5,0
T31	D	230	1	1,870	1,000	1,000	1,000	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	1,000	1,000	1,000	1,5767	1,0	5,0
T35	D	230	1	1,522	1,000	1,000	1,000	1,3501	1,0	5,0
T36	D	159	72	1,881	1,000	1,000	1,000	1,6626	1,0	5,0
T37	D	230	1	1,243	1,000	1,000	1,000	,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%			
Q4										
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	Liegen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen die notwendigen Einwilligungen oder Genehmigungen vor? (MDK 14.12a ähnlich)
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	Wird die Stomabehandlung entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert? (MDK 13.19 ähnlich)
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.

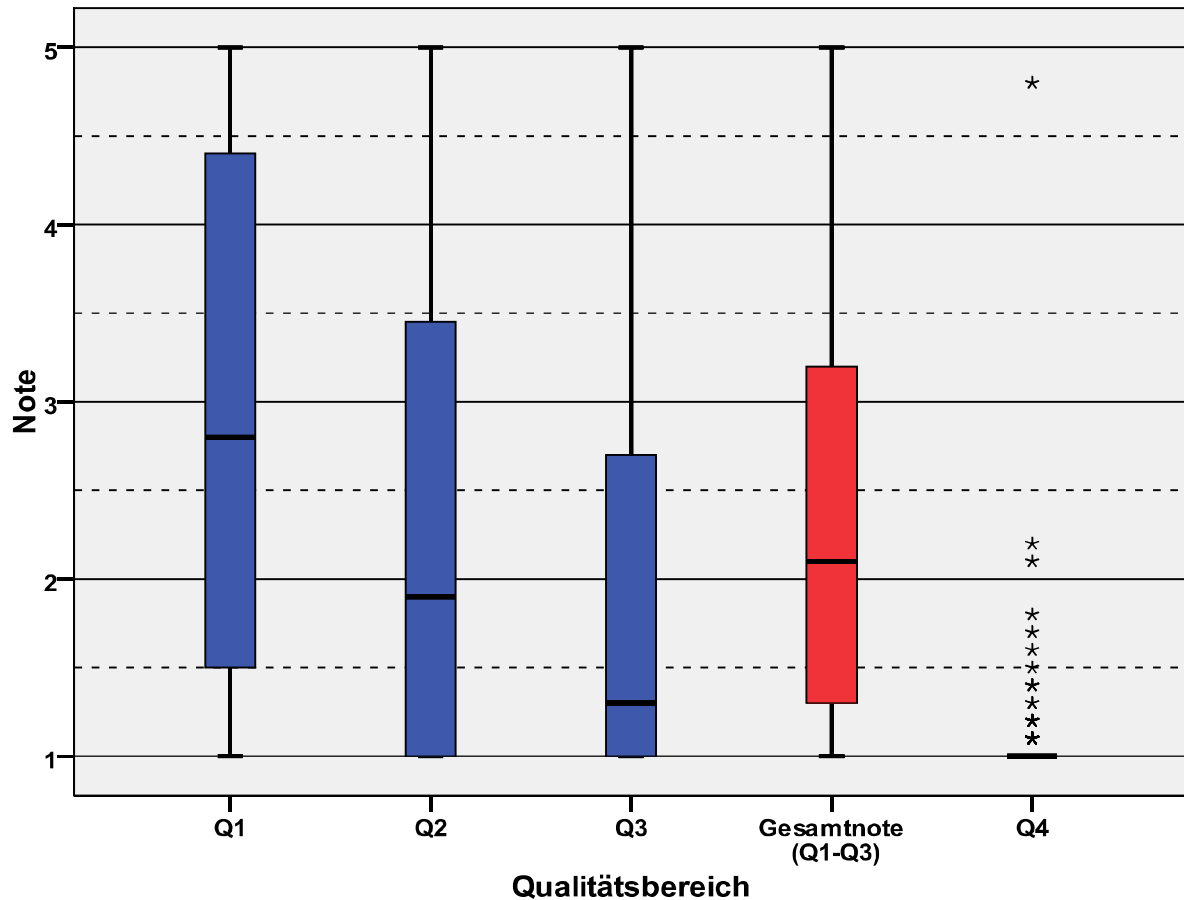


Abbildung 6: Boxplots der Verteilung der Noten für die Qualitätsbereich Q1 – Q4 sowie für die Gesamtnote im ambulanten Fall

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

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).

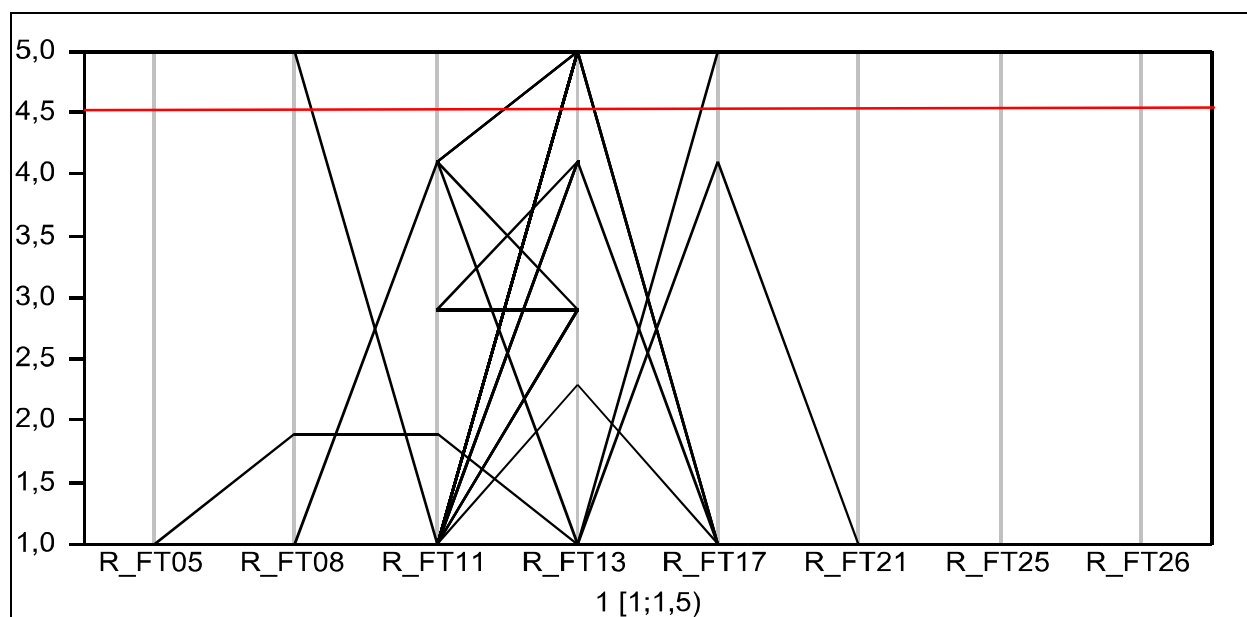


Abbildung 7: Parallelplots nach Risikokriterien im Notenbereichen sehr gut (1,0- 1,5) der Gesamtnote im ambulanten Fall

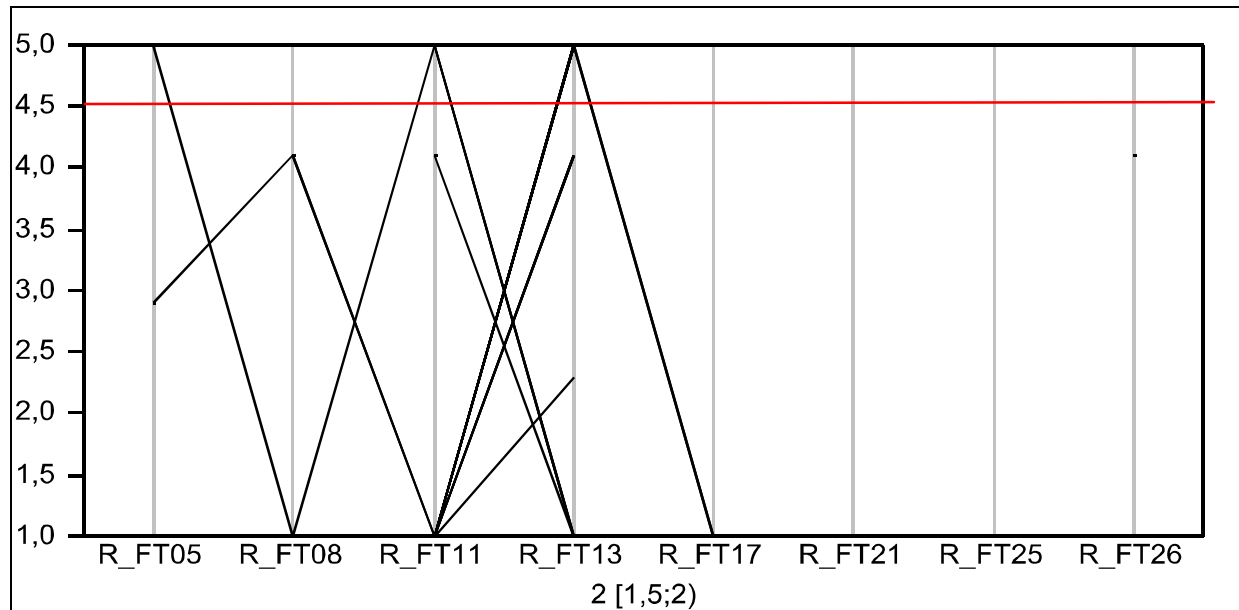


Abbildung 8: Parallelplots nach Risikokriterien im Notenbereichen gut (1,5 - 2,0) der Gesamtnote im ambulanten Fall

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							
Q1										
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	1,04	1,00	1,14	0	7	40,95	99,03
T6	B	928	0	7,48	6,00	3,15	1	17	,0	4,53
T7	B	928	0	3,70	3,00	2,06	0	12	2,80	71,44
T8	B	928	0	,78	1,00	,92	0	6	47,09	99,68
T9	B	928	0	,77	1,00	,92	0	6	47,63	99,68
T10	B	928	0	,76	1,00	,91	0	6	47,52	99,68
T11	B	928	0	,73	1,00	,90	0	6	49,35	99,68
T12	B	928	0	2,19	2,00	1,69	0	9	15,95	90,95
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	,49	,00	,78	0	6	64,44	99,78
T20	B	928	0	2,82	2,00	2,38	0	15	13,04	81,14
T21	B	928	0	2,23	2,00	1,71	0	9	15,73	90,73
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							
Q1										
T24	B	928	0	7,48	6,00	3,15	1	17	,0	4,53
T25	B	928	0	1,83	2,00	1,61	0	8	23,38	93,32
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	3,67	3,00	2,12	0	13	2,91	69,72
T29	B	928	0	1,52	1,00	1,68	0	9	36,31	93,75
T30	B	928	0	1,43	1,00	1,61	0	10	37,18	94,94
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	6	,35	
T35	E	569	359	1,00	1,00	,06	0	1	,35	
Q2										
T36	B	928	0	4,21	4,00	2,42	0	15	4,42	61,75
T37	B	928	0	3,64	3,00	2,26	0	14	6,03	71,01
T38	B	928	0	4,11	4,00	2,42	0	14	5,06	63,69
T39	B	928	0	4,22	4,00	2,43	0	15	4,63	61,64
T40	E	571	357	,98	1,00	,23	0	5	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	0	4,24	4,00	2,44	0	15	4,42	61,42
T45	E	574	354	,98	1,00	,24	0	5	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							
Q3										
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	
Q4										
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							
Q5										
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?
T11	Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst?
T12	Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die verordneten Medikamente?
T19	Wird bei Bewohnern mit Ernährungssonden der Geschmackssinn angeregt?
T20	Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung?
T21	Kooperiert das Pflegeheim bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt?
T25	Werden Sturzereignisse dokumentiert?
T28	Werden die erforderlichen Kontrakturprophylaxen durchgeführt?
T29	Liegen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor?
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							
Q2										
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
Q3										
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							
Q4										
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	Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger informiert bei erkennbaren Flüssigkeitsdefiziten? (MDK 14.8c teilweise)
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	Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger informiert bei erkennbaren Ernährungsdefiziten? (MDK 14.8 c teilweise)
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	Wenn bei der Erbringung von vereinbarten Leistungen beim pflegebedürftigen Menschen für den Pflegedienst ein individuelles Dekubitusrisiko erkennbar ist, wird dieses dann erfasst? -neu-
T12	Wird im Rahmen der vereinbarten Leistung Lagern eine gewebeschonende Lagerung zur Vermeidung von Druckgeschwüren vorgenommen? -neu-
T13	Werden die individuellen Risiken hinsichtlich der Kontrakturen bei der Erbringung der vereinbarten Leistungen berücksichtigt? -neu-
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	Liegen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen die notwendigen Einwilligungen oder Genehmigungen vor? (MDK 14.12a ähnlich)
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	Werden bei beatmungspflichtigen Menschen Vorbeugemaßnahmen gegen Pilzinfektionen in der Mundschleimhaut, Entzündungen der Ohrspeicheldrüse und Lungenentzündung sachgerecht durchgeführt?
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	Wird die Katheterisierung der Harnblase entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert? (MDK 14.4 teilweise)
T26	Wird die Stomabehandlung entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert? (MDK 13.19 ähnlich)
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
sehr gut	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
Gut	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
Befriedigend	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
Ausreichend	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
Mangelhaft	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.

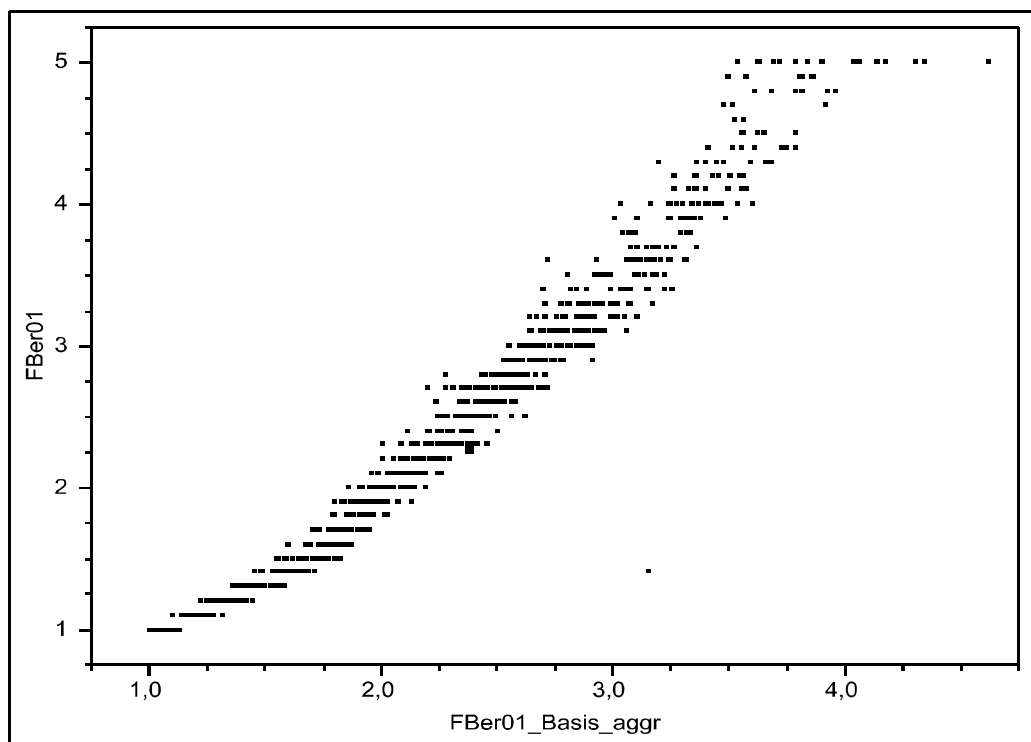


Abbildung 9: Zusammenhang von Bereichsnote Q1 im Rohdatensatz (FBer01) und neu berechneter Bereichsnote auf Basis aggregierter Daten (FBer01_Basis_aggr)

Auswertung und Darstellung der Ergebnisse

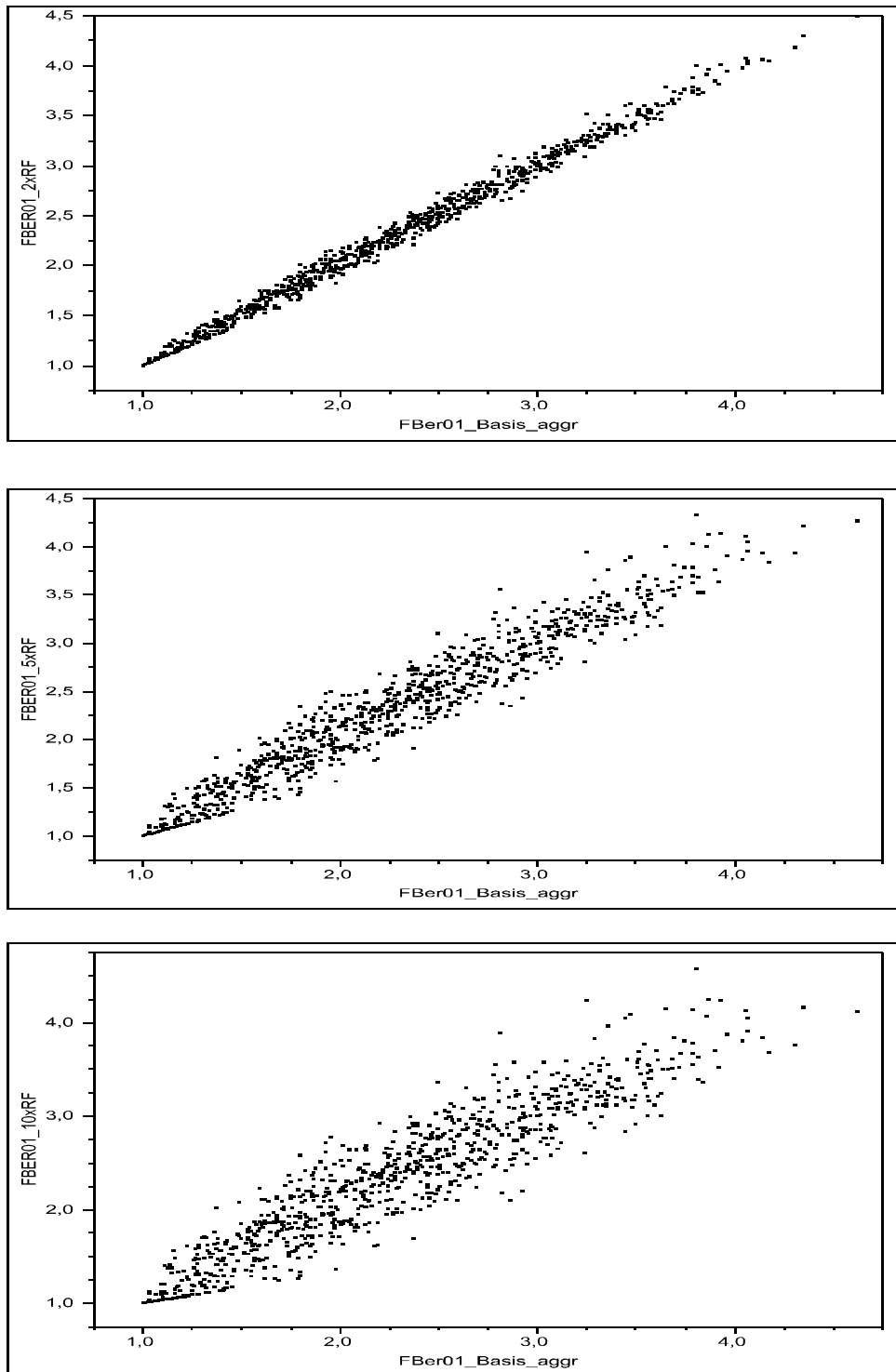


Abbildung 10: Zusammenhang von neu berechneter Bereichsnote auf Basis aggregierter Daten (FBer01_Basis_aggr) und berechneten Bereichsnoten (Risikokriterien werden von oben nach unten 2fach, 5fach und 10fach gewichtet)

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 eingestufteten 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

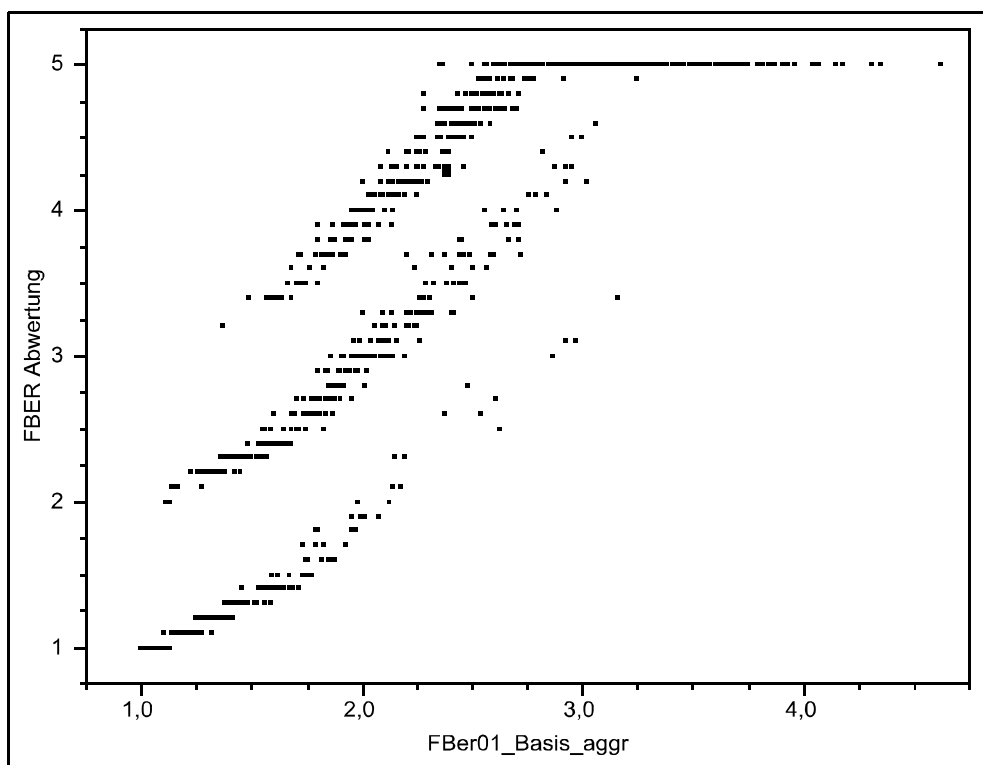
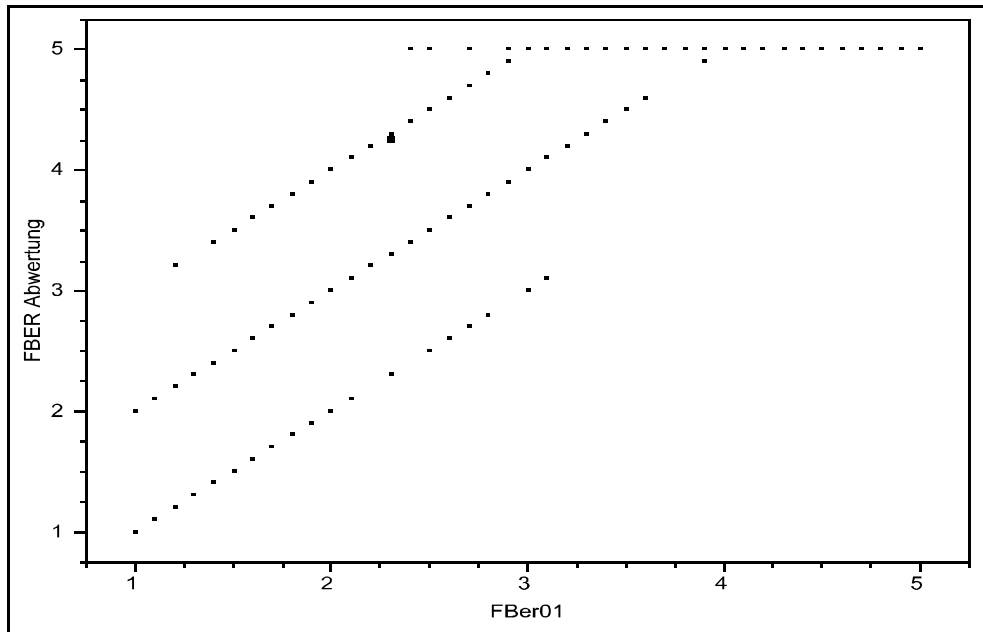


Abbildung 11: Zusammenhang von neu berechneter Bereichsnote auf Basis der ursprünglichen Bereichsnote (FBER01) und auf Basis aggregierter Daten (FBer01_Basis_aggr) und berechneter Bereichsnote nach Abwertung anhand von Risikokriterien (FBER Abwertung)

Auswertung und Darstellung der Ergebnisse

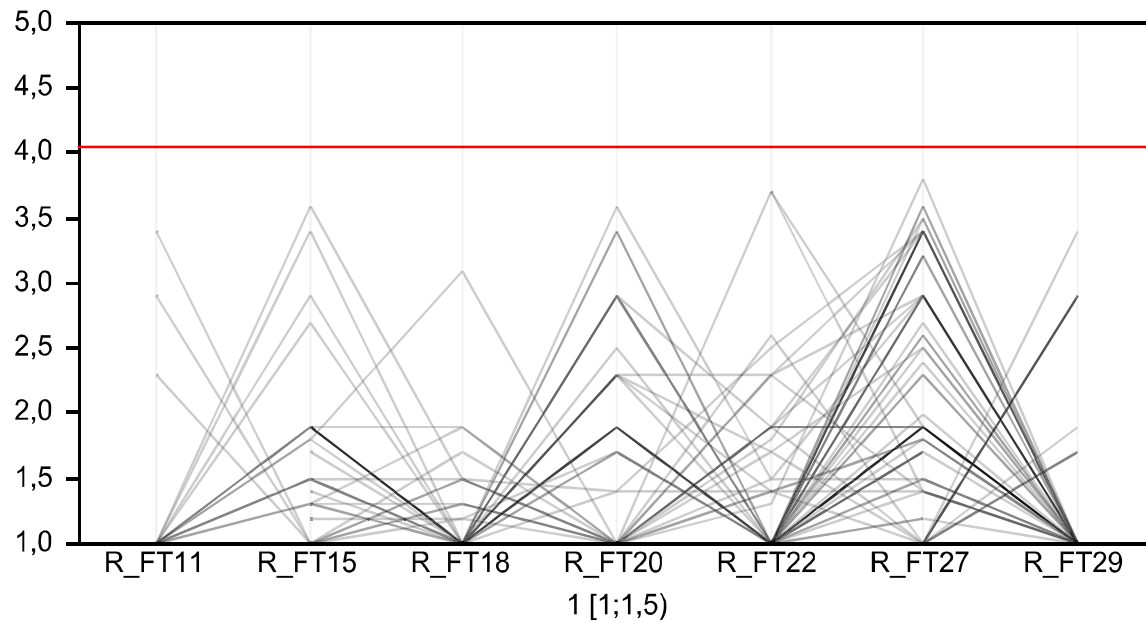


Abbildung 12: Parallelplots nach Risikokriterien im Notenbereichen sehr gut der Gesamtnote im stationären Fall

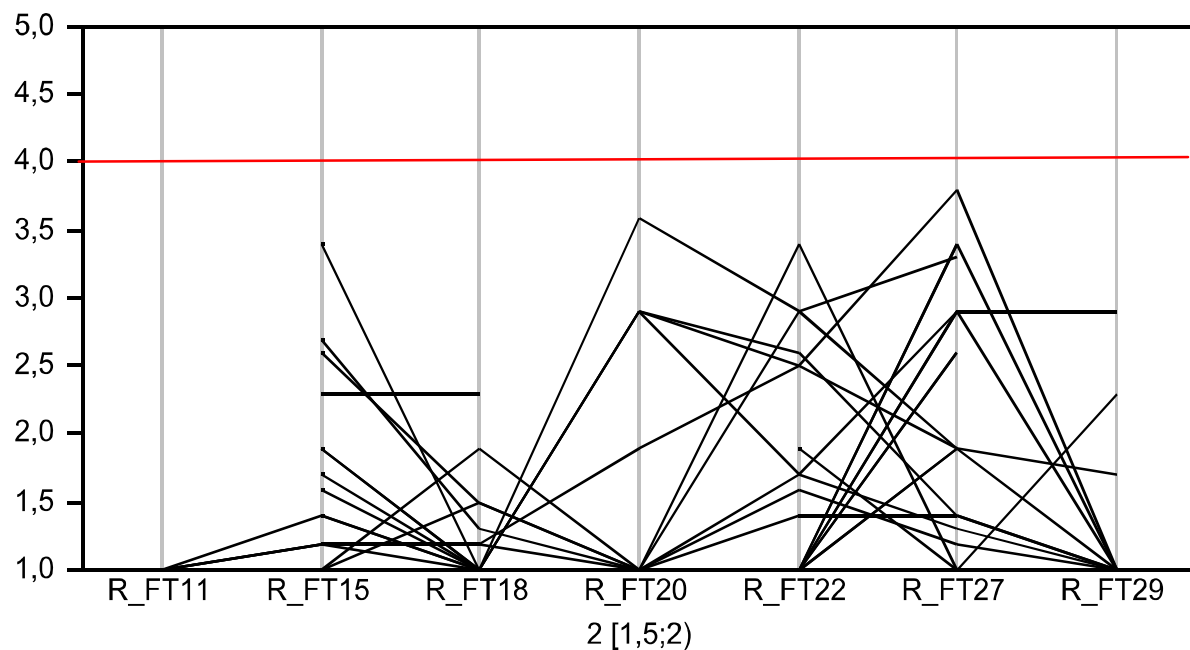


Abbildung 13: Parallelplots nach Risikokriterien im Notenbereichen gut (1,5 - 2,0)der Gesamtnote im stationären Fall

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).

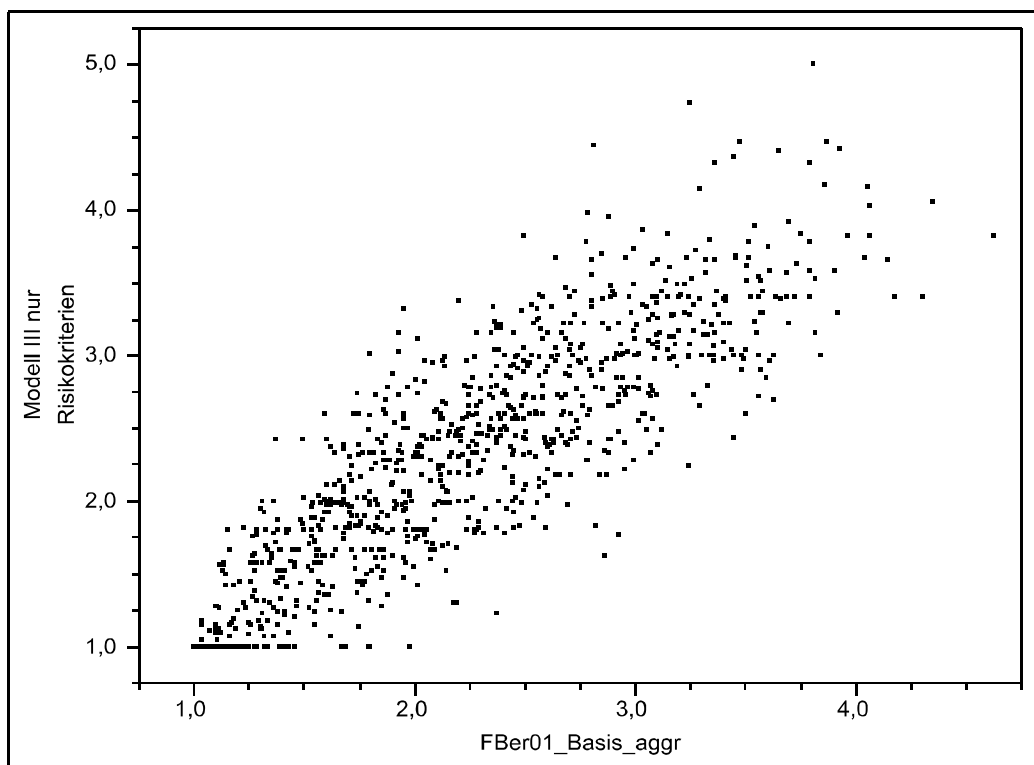


Abbildung 14: Zusammenhang von neu berechneter Bereichsnote auf Basis aggregierter Daten (FBer01_Basis_aggr) und berechneter Bereichsnote nach aggregierter Bereichsnote im reduzierten Modell (Modell nur Risikokriterien)

Bereichsnote Q1	Mittelwert	Perzentile			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, 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).

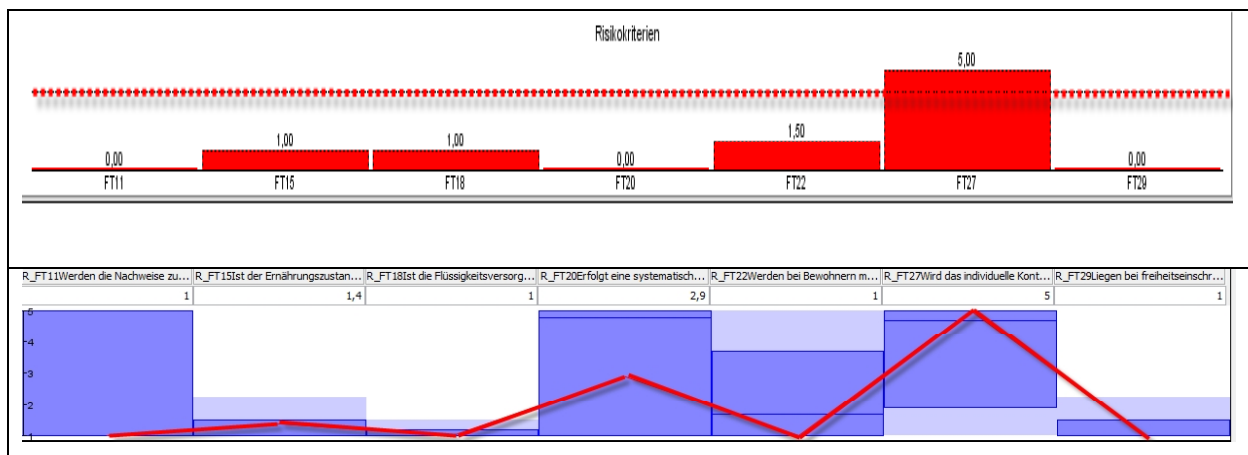


Abbildung 15: Beispiele einer grafischen Darstellung von Bewertungen (von oben nach unten: Balkendiagramm, Parallelplot mit hinterlegten mittleren Werten)

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

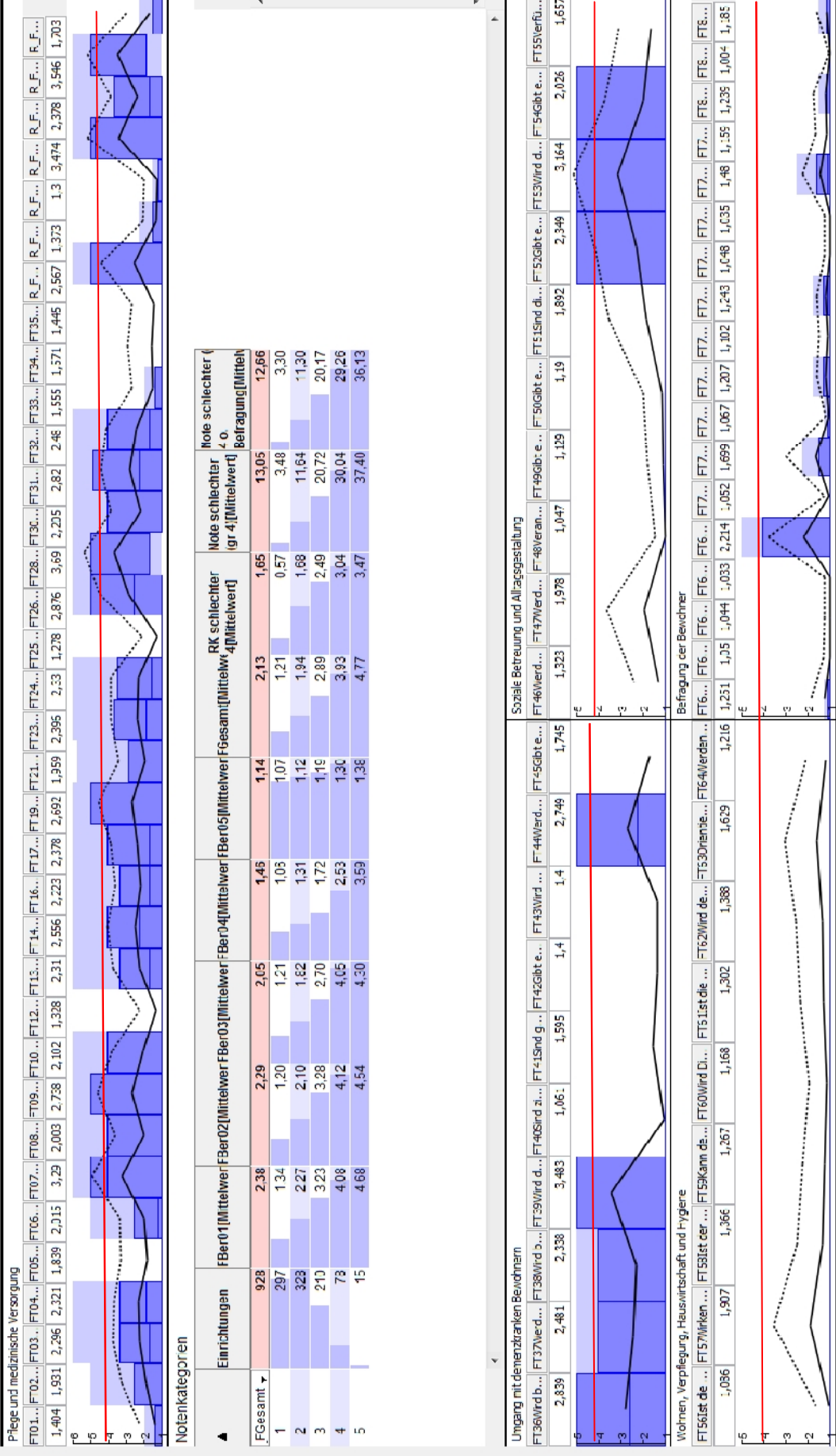


Abbildung 19: Beispielhafter Ausschnitt I einer grafisch-dynamischen Analyse von Bewertungen

Auswertung und Darstellung der Ergebnisse

Zusammenhang zwischen Gesamt-, Bereichs- und Einzelnoten

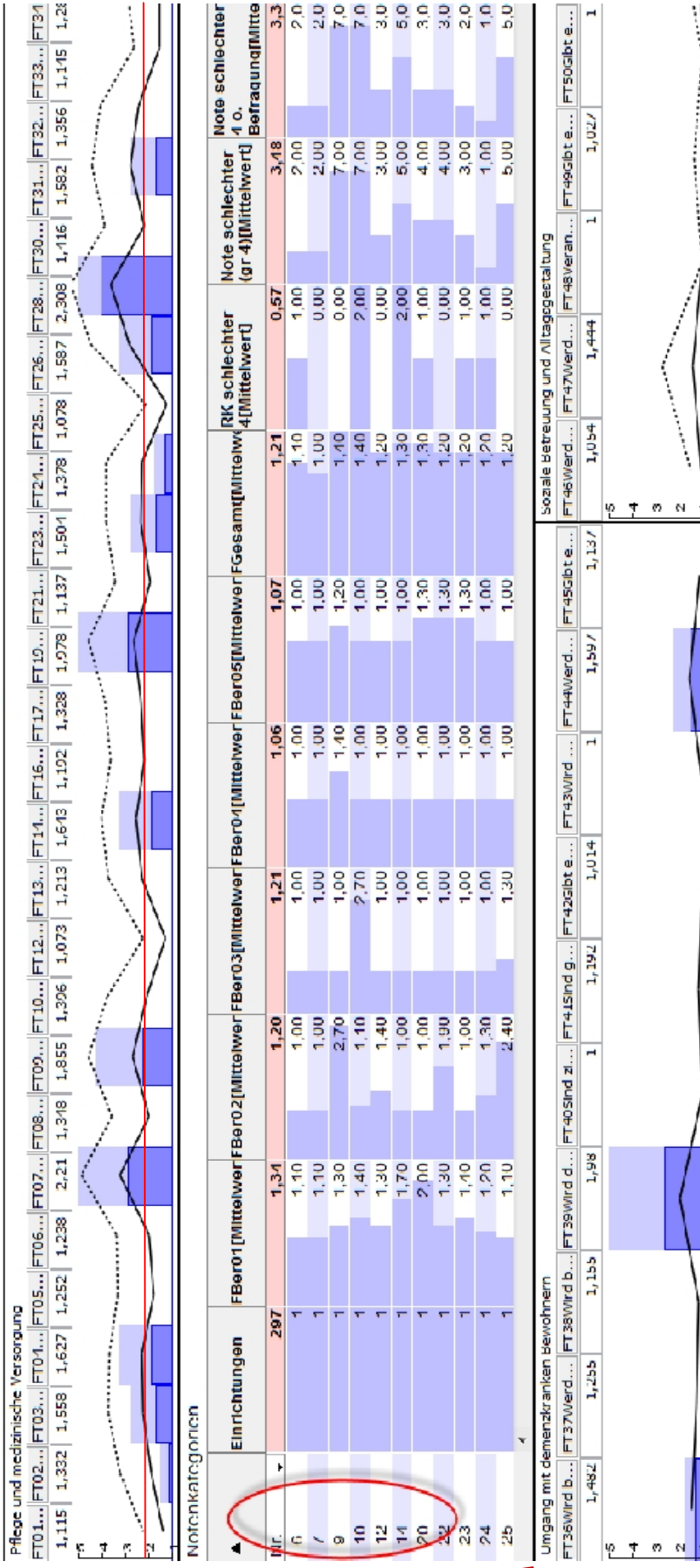


Abbildung 20: Beispielhafter Ausschnitt II einer grafisch-dynamischen Analyse von Bewertungen

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“ 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 „pfegebotse.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 Pfegeboten 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 WOHLNICHKEIT
- 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)

Auswertung und Darstellung der Ergebnisse

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 QPR¹⁰ 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

¹⁰ 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 beschriebenen 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.¹¹ 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

¹¹ 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 Staack).

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 ablauforientiert 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.¹² 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).

¹² 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).¹³ 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.¹⁴ 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

¹³ 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).

¹⁴ 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) 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.¹⁵ 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.

¹⁵ 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.¹⁶

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

¹⁶ 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 Pflegetransparenzdaten**

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 Bereichsnoten, 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 Bereichsnoten 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 Pflegetransparentenzkriterien, 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 Pflegetransparentenzkriterien, 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 Pflegetransparentenzkriterien 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 Pflegetransparentenzkriterien, 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 Pflegetransparentenzkriterien 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).¹⁷

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

¹⁷ 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.¹⁸ Die Qualität der Datenquelle steht in einem

¹⁸ 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“ 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); 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)

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

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

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, 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 futur. 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 Revue 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 Gryter: 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	

Anhang

Kriterium	Beschreibung des Kriteriums	Qualitätsbereich	Risiko-kriterium
T46	Werden im Rahmen der sozialen Betreuung Gruppenangebote gemacht? (MDK 10.1a)	3_Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung	
T47	Werden im Rahmen der sozialen Betreuung Einzelangebote gemacht? (MDK 10.1b)	3_Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung	
T48	Veranstaltet das Pflegeheim jahreszeitliche Feste? (MDK 10.1c)	3_Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung	
T49	Gibt es Aktivitäten zur Kontaktaufnahme/Kontaktpflege mit dem örtlichen Gemeinwesen? (MDK 10.1 d)	3_Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung	
T50	Gibt es Maßnahmen zur Kontaktpflege zu den Angehörigen? (MDK 10.1 e)	3_Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung	
T51	Sind die Angebote der sozialen Betreuung auf die Struktur und Bedürfnisse der Bewohner ausgerichtet? (MDK 10.2)	3_Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung	
T52	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	
T53	Wird die Eingewöhnungsphase systematisch ausgewertet? (AWO-Norm SP2.g)	3_Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung	
T54	Gibt es ein Angebot zur Sterbebegleitung auf der Basis eines Konzeptes?_(ähnlich BIVA 3.3.1.1)	3_Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung	
T55	Verfügt die Pflegeeinrichtung über ein Beschwerdemanagement? (ähnlich MDK 6.14)	3_Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung	
T56	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	
T57	Wirken die Bewohner an der Gestaltung der Gemeinschaftsräume mit? (BIVA 3.1.3.2)	4_Wohnen Verpflegung Hauswirtschaft und Hygiene	
T58	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	
T59	Kann der Zeitpunkt des Essens im Rahmen bestimmter Zeitkorridore frei gewählt werden? (neu)	4_Wohnen Verpflegung Hauswirtschaft und Hygiene	
T60	Wird Diätkost, z. B. für Menschen mit Diabetes, angeboten? (MDK 9.2 b)	4_Wohnen Verpflegung Hauswirtschaft und Hygiene	
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)? (BIVA 1.3.2.4, MDK 9.2 e und f)	4_Wohnen Verpflegung Hauswirtschaft und Hygiene	
T62	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	
T63	Orientieren die Portionsgrößen sich an den individuellen Wünschen der_Bewohner? (BIVA 1.2.2.6)	4_Wohnen Verpflegung Hauswirtschaft und Hygiene	
T64	Werden Speisen und Getränke in für die Bewohner angenehmen Räumlichkeiten und entspannter Atmosphäre angeboten? (neu)	4_Wohnen Verpflegung Hauswirtschaft und Hygiene	
T65	Wird mit Ihnen der Zeitpunkt von Pflege- und Betreuungsmaßnahmen abgestimmt? (BIVA 3.1.2.1)	5_Befragung der Bewohner	
T66	Entscheiden Sie, ob Ihre Zimmertür offen oder geschlossen gehalten wird? (BIVA 3.1.2.1)	5_Befragung der Bewohner	
T67	Werden Sie von den Mitarbeitern motiviert, sich teilweise oder ganz selber zu waschen? (MDK: 12.3)	5_Befragung der Bewohner	
T68	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

Kriterium	Beschreibung des Kriteriums	Qualitätsbereich	Risiko- kriterium
T69	Hat sich für Sie etwas zum Positiven geändert, wenn Sie sich beschwert haben? (ähnlich 12.19 MDK)	5_Befragung der Bewohner	
T70	Entspricht die Hausreinigung Ihren Erwartungen? (MDK 12.16)	5_Befragung der Bewohner	
T71	Können Sie beim Mittagessen zwischen verschiedenen Gerichten auswählen? (MDK 12.6)	5_Befragung der Bewohner	
T72	Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich? (MDK 12.1)	5_Befragung der Bewohner	
T73	Nehmen sich die Pflegenden ausreichend Zeit für Sie?_(MDK 12.2)	5_Befragung der Bewohner	
T74	Fragen die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung Sie, welche Kleidung Sie anziehen möchten? (MDK 12.4)	5_Befragung der Bewohner	
T75	Schmeckt Ihnen das Essen i. d. R.?_(neu)	5_Befragung der Bewohner	
T76	Sind Sie mit den Essenszeiten zufrieden? (MDK 12.8)	5_Befragung der Bewohner	
T77	Bekommen Sie Ihrer Meinung nach jederzeit ausreichend zuzahlungsfrei zu trinken angeboten?_(MDK 12.9)	5_Befragung der Bewohner	
T78	Entsprechen die sozialen und kulturellen Angebote Ihren Interessen? (MDK 12.10)	5_Befragung der Bewohner	
T79	Wird Ihnen die Teilnahme an Beschäftigungsangeboten ermöglicht? (MDK 12.11)	5_Befragung der Bewohner	
T80	Werden Ihnen Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien angeboten? (MDK 12.12)	5_Befragung der Bewohner	
T81	Können Sie jederzeit Besuch empfangen? (MDK 12.15)	5_Befragung der Bewohner	
T82	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

Kriterium	Beschreibung des Kriteriums	Qualitätsbereich	Risiko-kriterium
T01	Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt? -neu-	1_ Pflegerische Leistungen	
T02	Werden die individuellen Wünsche zum Essen und Trinken im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt? -neu-	1_ Pflegerische Leistungen	
T03	Wurde die vereinbarte Leistung zur Flüssigkeitsversorgung nachvollziehbar durchgeführt? -neu-	1_ Pflegerische Leistungen	
T04	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	
T05	Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger informiert bei erkennbaren Flüssigkeitsdefiziten? (MDK 14.8c teilweise)	1_ Pflegerische Leistungen	Ja
T06	Wurde die vereinbarte Leistung zur Nahrungsaufnahme nachvollziehbar durchgeführt? (MDK 14.8g teilweise)	1_ Pflegerische Leistungen	
T07	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	
T08	Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger informiert bei erkennbaren Ernährungsdefiziten? (MDK 14.8 c teilweise)	1_ Pflegerische Leistungen	Ja
T09	Werden individuelle Ressourcen und Risiken im Zusammenhang mit Ausscheidungen erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind? (ähnlich MDK 14.3a)	1_ Pflegerische Leistungen	
T10	Wurde die vereinbarte Leistung zur Unterstützung bei Ausscheidungen/Inkontinenzversorgung nachvollziehbar durchgeführt? (ähnlich MDK 14.3d)	1_ Pflegerische Leistungen	
T11	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	Ja
T12	Wird im Rahmen der vereinbarten Leistung Lagern eine gewebeschonende Lagerung zur Vermeidung von Druckgeschwüren vorgenommen? -neu-	1_ Pflegerische Leistungen	
T13	Werden die individuellen Risiken hinsichtlich der Kontrakturen bei der Erbringung der vereinbarten Leistungen berücksichtigt? -neu-	1_ Pflegerische Leistungen	Ja
T14	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
Kriterium	Beschreibung des Kriteriums	Qualitätsbereich	Risiko-kriterium
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	

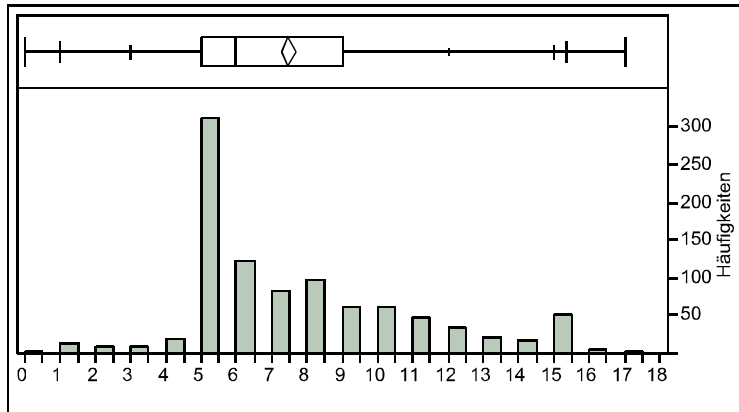
Anhang

T29	Wird durch den Pflegedienst vor Vertragsbeginn ein Kostenvoranschlag über die voraussichtlich entstehenden Kosten erstellt? -neu-	3_ Dienstleistung und Organisation	
T30	Gibt es wirksame Regelungen innerhalb des Pflegedienstes, die die Einhaltung des Datenschutzes sicherstellen? -neu-	3_ Dienstleistung und Organisation	
T31	Gibt es schriftliche Verfahrensanweisungen zum Verhalten der Pflegekräfte in Notfällen bei pflegebedürftigen Menschen? (MDK 6.12b ähnlich)	3_ Dienstleistung und Organisation	
T32	Werden die Mitarbeiter regelmäßig in erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult? (MDK 6.12a ähnlich)	3_ Dienstleistung und Organisation	
T33	Gibt es eine schriftliche Regelung zum Umgang mit Beschwerden? (MDK 6.13a ähnlich)	3_ Dienstleistung und Organisation	
T34	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	

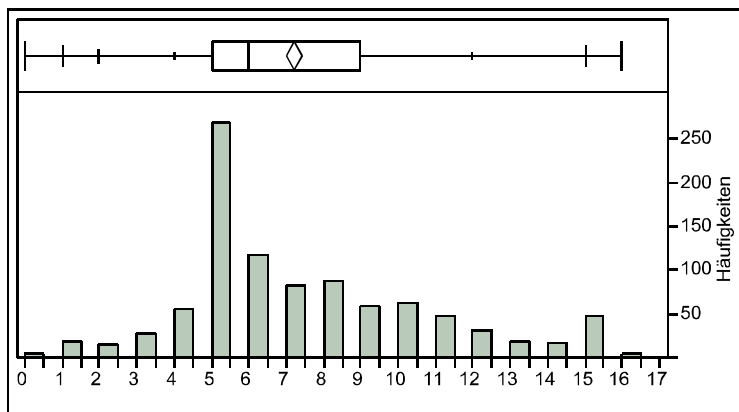
Häufigkeitsverteilungen zu den Transparenzkriterien bei stationären Einrichtungen

Anzahl einbezogener Bewohner/-innen insgesamt



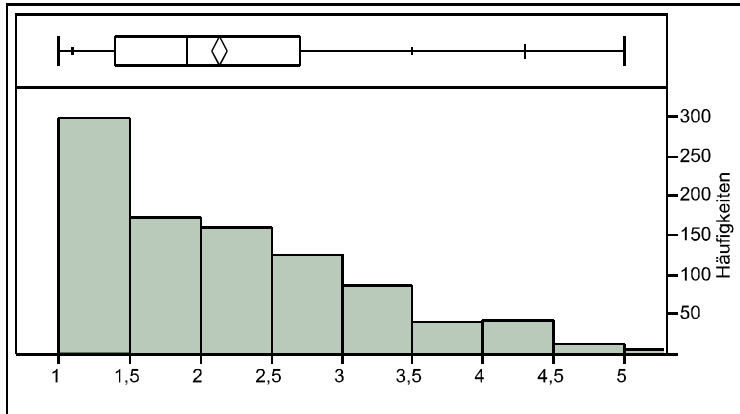
Quantile			Momente	
100,0 %	Maximum	17,000	Mittelwert	7,4762931
99,5 %		15,355	Std.-Abw.	3,1557004
97,5 %		15,000	Std.-Fehler Mittelwert	0,1035909
90,0 %		12,000	95% KI oben Mittelwert	7,6795931
75,0 %	Quartil	9,000	95% KI unten Mittelwert	7,2729932
50,0 %	Median	6,000	N	928
25,0 %	Quartil	5,000		
10,0 %		5,000		
2,5 %		3,000		
0,5 %		1,000		
0,0 %	Minimum	0,000		

Anzahl befragter Bewohner/-innen insgesamt



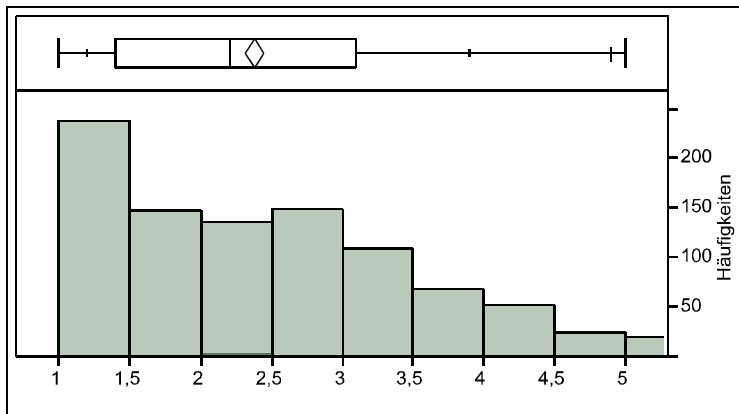
Quantile		Momente	
Mittelwert	7,4762931	Mittelwert	7,2090517
Std.-Abw.	3,1557004	Std.-Abw.	3,2156313
Std.-Fehler Mittelwert	0,1035909	Std.-Fehler Mittelwert	0,1055583
95% KI oben Mittelwert	7,6795931	95% KI oben Mittelwert	7,4162126
95% KI unten Mittelwert	7,2729932	95% KI unten Mittelwert	7,0018908
N	928	N	928

Gesamtnote



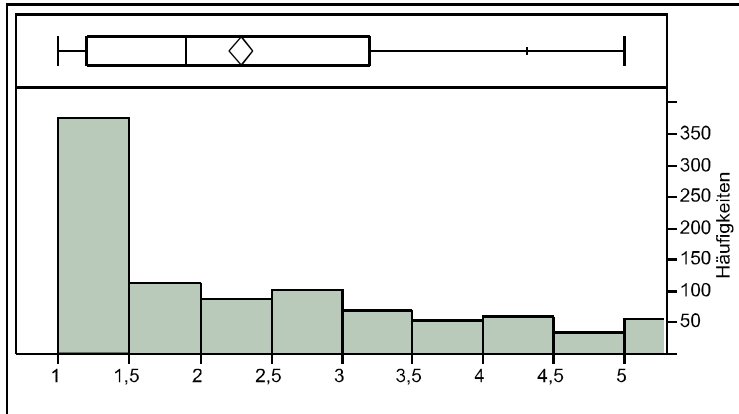
Quantile			Momente	
100,0 %	Maximum	5,0000	Mittelwert	2,1331897
99,5 %		5,0000	Std.-Abw.	0,9301713
97,5 %		4,3000	Std.-Fehler Mittelwert	0,0305344
90,0 %		3,5000	95% KI oben Mittelwert	2,1931142
75,0 %	Quartil	2,7000	95% KI unten Mittelwert	2,0732651
50,0 %	Median	1,9000	N	928
25,0 %	Quartil	1,4000		
10,0 %		1,1000		
2,5 %		1,0000		
0,5 %		1,0000		
0,0 %	Minimum	1,0000		

Benotung Qualitätsbereich 1 „Pflegerische Leistungen“



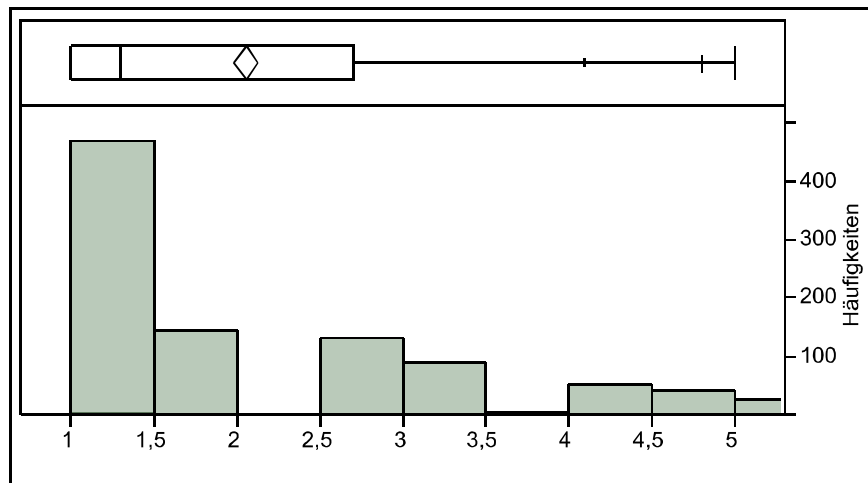
Quantile			Momente	
100,0 %	Maximum	5,0000	Mittelwert	2,3803879
99,5 %		5,0000	Std.-Abw.	1,048903
97,5 %		4,9000	Std.-Fehler Mittelwert	0,0344319
90,0 %		3,9000	95% KI oben Mittelwert	2,4479615
75,0 %	Quartil	3,1000	95% KI unten Mittelwert	2,3128144
50,0 %	Median	2,2000	N	928
25,0 %	Quartil	1,4000		
10,0 %		1,2000		
2,5 %		1,0000		
0,5 %		1,0000		
0,0 %	Minimum	1,0000		

Benotung Qualitätsbereich 2 „Umgang mit demenzkranken Bewohnern“



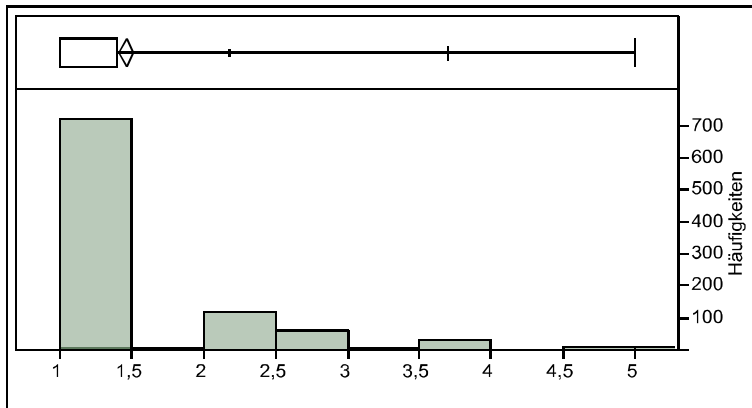
Quantile			Momente	
100,0 %	Maximum	5,0000	Mittelwert	2,2856681
99,5 %		5,0000	Std.-Abw.	1,2752221
97,5 %		5,0000	Std.-Fehler Mittelwert	0,0418612
90,0 %		4,3100	95% KI oben Mittelwert	2,3678218
75,0 %	Quartil	3,2000	95% KI unten Mittelwert	2,2035144
50,0 %	Median	1,9000	N	928
25,0 %	Quartil	1,2000		
10,0 %		1,0000		
2,5 %		1,0000		
0,5 %		1,0000		
0,0 %	Minimum	1,0000		

Benotung Qualitätsbereich 3 „Dienstleistung und Organisation“



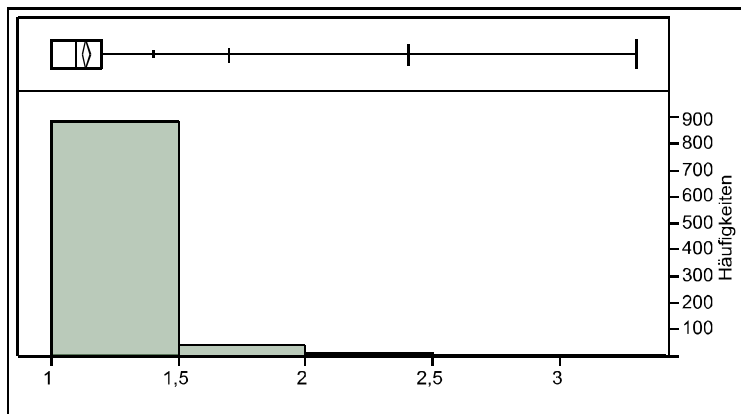
Quantile			Momente	
100,0 %	Maximum	5,0000	Mittelwert	2,0511853
99,5 %		5,0000	Std.-Abw.	1,1881284
97,5 %		4,8000	Std.-Fehler Mittelwert	0,0390022
90,0 %		4,1000	95% KI oben Mittelwert	2,1277282
75,0 %	Quartil	2,7000	95% KI unten Mittelwert	1,9746424
50,0 %	Median	1,3000	N	928
25,0 %	Quartil	1,0000		
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“



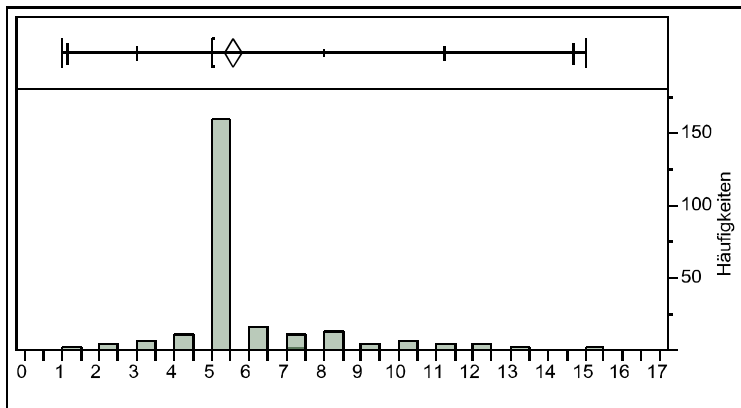
Quantile			Momente	
100,0 %	Maximum	5,0000	Mittelwert	1,4613147
99,5 %		5,0000	Std.-Abw.	0,7536472
97,5 %		3,7000	Std.-Fehler Mittelwert	0,0247397
90,0 %		2,1800	95% KI oben Mittelwert	1,5098669
75,0 %	Quartil	1,4000	95% KI unten Mittelwert	1,4127624
50,0 %	Median	1,0000	N	928
25,0 %	Quartil	1,0000		
10,0 %		1,0000		
2,5 %		1,0000		
0,5 %		1,0000		
0,0 %	Minimum	1,0000		

Benotung Qualitätsbereich 5 „Befragung der Kunden“



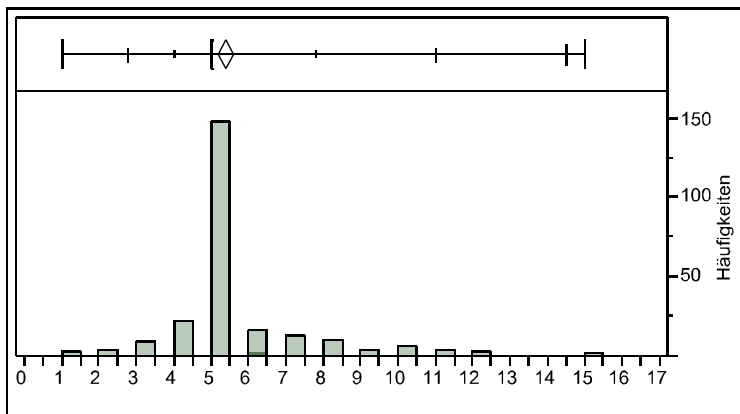
Quantile			Momente	
100,0 %	Maximum	3,3000	Mittelwert	1,1378233
99,5 %		2,4065	Std.-Abw.	0,2154807
97,5 %		1,7000	Std.-Fehler Mittelwert	0,0070735
90,0 %		1,4000	95% KI oben Mittelwert	1,1517052
75,0 %	Quartil	1,2000	95% KI unten Mittelwert	1,1239413
50,0 %	Median	1,1000	N	928
25,0 %	Quartil	1,0000		
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



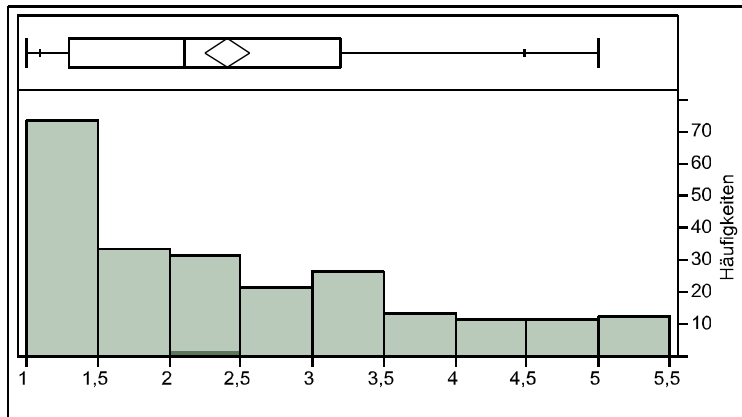
Quantile			Momente	
100,0 %	Maximum	15,000	Mittelwert	5,5714286
99,5 %		14,680	Std.-Abw.	1,8088808
97,5 %		11,200	Std.-Fehler Mittelwert	0,1190156
90,0 %		8,000	95% KI oben Mittelwert	5,8059288
75,0 %	Quartil	5,000	95% KI unten Mittelwert	5,3369283
50,0 %	Median	5,000	N	231
25,0 %	Quartil	5,000		
10,0 %		5,000		
2,5 %		3,000		
0,5 %		1,160		
0,0 %	Minimum	1,000		

Anzahl befragter Kund(inn)en insgesamt



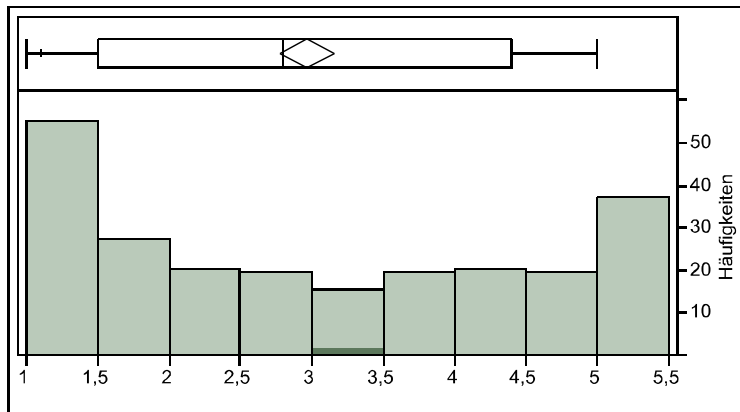
Quantile			Momente	
100,0 %	Maximum	15,000	Mittelwert	5,3939394
99,5 %		14,520	Std.-Abw.	1,7434991
97,5 %		11,000	Std.-Fehler Mittelwert	0,1147138
90,0 %		7,800	95% KI oben Mittelwert	5,6199637
75,0 %	Quartil	5,000	95% KI unten Mittelwert	5,1679151
50,0 %	Median	5,000	N	231
25,0 %	Quartil	5,000		
10,0 %		4,000		
2,5 %		2,800		
0,5 %		1,000		
0,0 %	Minimum	1,000		

Gesamtnote



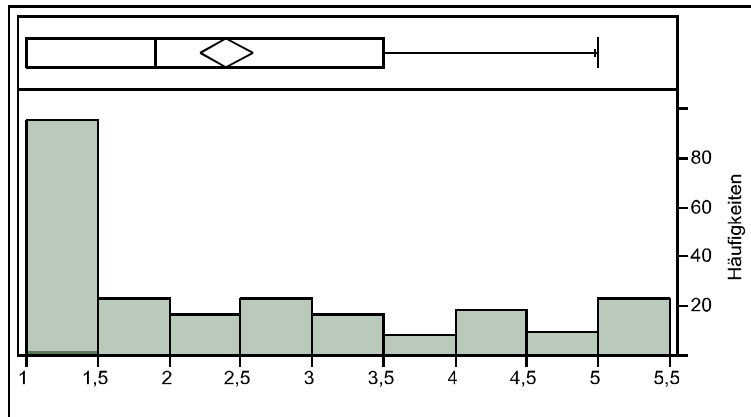
Quantile			Momente	
100,0 %	Maximum	5,0000	Mittelwert	2,4095238
99,5 %		5,0000	Std.-Abw.	1,2225758
97,5 %		5,0000	Std.-Fehler Mittelwert	0,0804396
90,0 %		4,4800	95% KI oben Mittelwert	2,5680165
75,0 %	Quartil	3,2000	95% KI unten Mittelwert	2,2510311
50,0 %	Median	2,1000	N	231
25,0 %	Quartil	1,3000		
10,0 %		1,1000		
2,5 %		1,0000		
0,5 %		1,0000		
0,0 %	Minimum	1,0000		

Benotung Qualitätsbereich 1 „Pflegerische Leistungen“



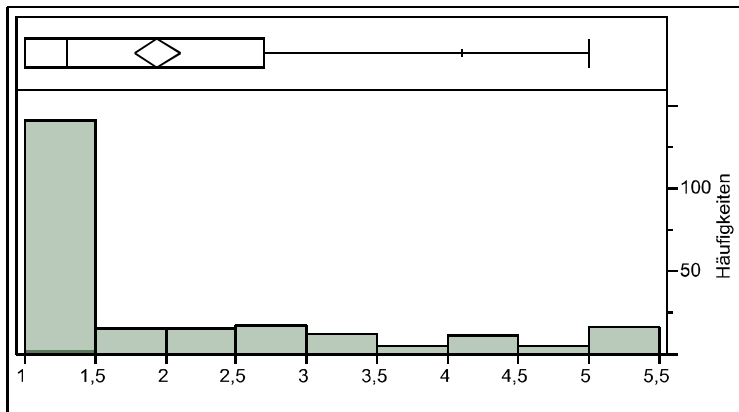
Quantile			Momente	
100,0 %	Maximum	5,0000	Mittelwert	2,9679654
99,5 %		5,0000	Std.-Abw.	1,4505815
97,5 %		5,0000	Std.-Fehler Mittelwert	0,0954413
90,0 %		5,0000	95% KI oben Mittelwert	3,1560163
75,0 %	Quartil	4,4000	95% KI unten Mittelwert	2,7799144
50,0 %	Median	2,8000	N	231
25,0 %	Quartil	1,5000		
10,0 %		1,1000		
2,5 %		1,0000		
0,5 %		1,0000		
0,0 %	Minimum	1,0000		

Benotung Qualitätsbereich 2 „Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen“



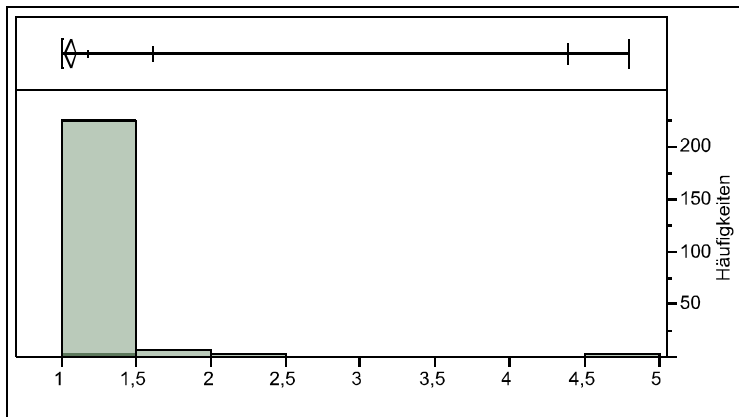
Quantile			Momente	
100,0 %	Maximum	5,0000	Mittelwert	2,3969697
99,5 %		5,0000	Std.-Abw.	1,4216461
97,5 %		5,0000	Std.-Fehler Mittelwert	0,0935374
90,0 %		4,9800	95% KI oben Mittelwert	2,5812695
75,0 %	Quartil	3,5000	95% KI unten Mittelwert	2,2126699
50,0 %	Median	1,9000	N	231
25,0 %	Quartil	1,0000		
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		