

Heraus- und Anforderungen an eine systematische Qualitätsmessung und -berichterstattung in der Langzeitpflege

MARTINA HASSELER

Martina Hasseler, Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften, Fakultät Gesundheitswesen, E-Mail: m.hasseler@ostfalia.de

Zusammenfassung: Bisherige Ergebnisse und Erkenntnisse zur Qualitätsmessung und -berichterstattung in der Langzeitpflege sind in Deutschland überwiegend auf politische Prozesse sowie Reformmaßnahmen und nicht unmittelbar auf Forschungserkenntnisse unabhängiger Fördermittel und Forschungsbemühungen zurückzuführen. Systemimmanente Grenzen bestimmen den Verlauf dieser Projekte, wie beispielsweise geringe Laufzeiten. Aus der wissenschaftlichen Debatte können jedoch wesentliche systematische Herausforderungen und Anforderungen an die Entwicklung von Indikatoren zur Messung von Qualität in der Pflege sowie deren Berichterstattung formuliert werden. Diese werden derzeit weder im nationalen noch im internationalen Raum umfassend erfüllt. Die Aussagefähigkeit und der Nutzen der Indikatoren sowie der derzeitigen Qualitätsberichterstattung sind in der politischen wie wissenschaftlichen Diskussion noch nicht umfassend geklärt.

Summary: Preliminary results and findings in quality measurement and reporting in long-term care in Germany are predominantly results of political processes and reform measures and not directly of research findings of independent funding and research efforts. Systemic limits determine the course of these projects, such as short project duration. From the scientific debate, however, substantial systematic challenges and requirements for the development of indicators for measuring quality of care and their reporting can be formulated. These are currently not fully met on a national and international level. The meaningfulness and usefulness of the indicators and the current quality reporting have not yet been fully considered in the political and scientific discussion.

→ JEL Classification: I10, I19, Z1

→ Keywords: Quality indicators, report cards, long term care, challenges, requirements

I Problemstellung

Die Themen Messung, Sicherung und Entwicklung von Qualität in der Pflege sowie die Berichterstattung über deren Ergebnisse werden maßgeblich von gesetzlichen Reformen und politischen Diskussionen auf Bundes- und Landesebene bestimmt. Das „Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege“ vom 9. September 2001 wird allgemein als die wesentliche Grundlage auf Bundesebene zur Weiterentwicklung der Qualität in der Langzeitpflege angesehen. Alle weiteren Reformmaßnahmen im Sozialgesetzbuch (SGB) zur Sicherung und Entwicklung der Pflegequalität bauen auf dieses Gesetz auf.

Hinsichtlich der Thematik Qualitätsberichterstattung haben in politischen und fachlichen Auseinandersetzungen insbesondere die sogenannten Pflegetransparenzkriterien auf Bundesebene Aufmerksamkeit erlangt, die auf Paragraph 114 Absatz 1a SGB XI zurückzuführen sind. Sie sind auch immer wieder Gegenstand von boulevardistischen Printmedien oder Fernsehdiskussionen, in denen die auch als „Pflegetoten“ oder „Pflege-TÜV“ bezeichneten Kriterien für die allgemeine gesellschaftliche Debatte aufbereitet werden. Auf Bundeslandebene sind seit der Föderalismusreform im Jahr 2006 und den damit verbundenen Regelungen hinsichtlich des Heimrechts unterschiedliche Verfahren der Qualitätsberichterstattung gesetzlich gefordert. Exemplarisch kann auf das Landesgesetz über Wohnformen und Teilhabe (LWTG), Paragraph 12 in Rheinland-Pfalz oder das Hamburgische Wohn- und Betreuungsqualitätsgesetz (HmbWBG), Paragraph 31 verwiesen werden. Ähnliche gesetzliche Regelungen lassen sich für weitere Bundesländer finden.

Diesen Entwicklungen sind jedoch einige Problematiken inhärent. Zum einen implizieren die unterschiedlichen Zuständigkeiten auf Bundes- und Bundeslandebene, dass verschiedene Institutionen für die Entwicklung und Überprüfung der Qualität in der Pflege sowie für die Berichterstattung verantwortlich sind. Zum anderen werden die gesetzlichen Grundlagen und weitere Entwicklungen zu Erkenntnissen in der Prüfung und Berichterstattung von Qualität in der Pflege überwiegend politisch bestimmt, organisiert und weiter entwickelt. Dazu tragen auch die Regelungen in den entsprechenden Gesetzen bei. So sind die Vertragsparteien gemäß Paragraph 113 SGB XI dazu aufgefordert, Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung in der ambulanten, stationären und teilstationären Pflege sowie für die Entwicklung eines einrichtungswirtschaftlichen Qualitätsmanagements zu erarbeiten, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist. Dieser Passus gibt vor, dass eine Einigung auf politischer Ebene erfolgen muss. Ergebnisse wissenschaftlicher Erkenntnisse müssen nicht zwingend berücksichtigt werden. Auch die Entwicklung der Expertenstandards zur Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege wird gemäß Paragraph 113a Satz 1 Absatz 1 in die Verantwortung der Vertragsparteien gegeben. Sie stellen nicht nur die Entwicklung und Aktualisierung wissenschaftlich fundierter und fachlich abgestimmter Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität sicher, sondern auch die methodische und pflegefachliche Qualität des Verfahrens der Entwicklung und Aktualisierung von Expertenstandards und die Transparenz des Verfahrens (Paragraph 113a Absatz 1, Satz 1). Die wissenschaftlichen Fachdisziplinen oder professionellen Fachverbände nehmen demzufolge nur eine sekundäre und auftragnehmende Rolle ein. Die bestimmende Funktion politischer und verbandlicher Institutionen mit entsprechenden Interessen wird gleichwohl zementiert. In Paragraph 115 Absatz 1a in Satz 1 wird auch gefordert, dass die Landesverbände der Pflegekassen sicherstellen, dass die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Ergebnisqualität für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei veröffentlicht werden. Auch dies lässt politische Motive

bei der Formulierung des Gesetzes erkennen, ohne dass die bereits im internationalen Raum bestehende Diskussion zur Linearität von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität berücksichtigt oder die Problematik der Indikatoren zur Messung und Darstellung von Ergebnisqualität ins Kalkül gezogen wurde.

Die Diskussionen zur Qualitätsentwicklung, -sicherung und -berichterstattung in der Langzeitpflege finden vornehmlich im politischen Feld statt. Im deutschsprachigen Raum lassen sich kaum Erkenntnisse zur Pflegequalität finden, die nicht aus Projekten generiert worden sind, die einer direkten ministeriellen oder anderen verbandlichen Förderung entstammen und durch Beiräte von politischen und verbandlichen Interessen begleitet wurden. Die auf diese Weise erzeugten Erkenntnisse werden von den Auftrag nehmenden Wissenschaftlern und Wissenschaftlerinnen sicherlich unter Zugrundelegung der besten wissenschaftlichen Praxis durchgeführt. Gleichwohl bestimmen systemimmanente Grenzen den Verlauf dieser Projekte. Dazu gehören beispielsweise die oftmals sehr geringen Laufzeiten der Projekte, da die Ergebnisse den zeitlichen Abläufen der politischen Agenda und den Notwendigkeiten der Auftrag gebenden Institutionen folgend aufbereitet und zur Verfügung gestellt werden müssen. Des Weiteren gibt es kaum Gelegenheiten, die Erkenntnisse auf wissenschaftlichen Kongressen oder in wissenschaftlichen Kontexten zu diskutieren und weiterzuentwickeln. Übliche wissenschaftliche Diskussionen und Auseinandersetzungen finden in den Grenzen der politisch geprägten Institutionen kaum statt. Ein Beleg dafür findet sich darin, dass die Ergebnisse dieser vielfältigen politisch oder institutionell geförderten Projekte kaum in wissenschaftlichen *Peer-review*-Zeitschriften publiziert werden oder oftmals nur mit Genehmigung des Auftraggebers veröffentlicht werden dürfen.

Eine systematische Qualitätsentwicklung, -sicherung, -prüfung sowie -berichterstattung unterliegt jedoch diversen wissenschaftlichen Herausforderungen und Anforderungen, die nachfolgend skizziert und zur Diskussion gestellt werden.

2 Herausforderungen und Anforderungen an systematische Prüfungen von Qualität in der Pflege

Aus der wissenschaftlichen Debatte können vier wesentliche Herausforderungen an eine systematische Prüfung von Qualität in der Pflege formuliert werden. Die erste umfasst den Begriff der Qualität in der Pflege, der noch nicht ausreichend entwickelt ist, um ein allgemein akzeptiertes Verständnis zu erreichen. Ein konsentiertes Verständnis reicht jedoch nicht, um Qualität bestimmen zu können. Es bedarf darüber hinaus und zuerst eines theoriegeleiteten Qualitätsverständnisses, das einen Rahmen für Zusammenhänge der Erbringung von Qualität bietet. Die zweite Herausforderung besteht daher darin, den Qualitätsbegriff inhaltlich zu füllen und auf dessen Basis Merkmale zu ermitteln, die geeignet sind, Qualität darzustellen. Die dritte Herausforderung bezieht sich auf die Entwicklung von Qualitätskriterien, die eine Bewertung der Qualitätsmerkmale ermöglichen. Die vierte Herausforderung umfasst schließlich die Anforderung und Herausforderung, zu den Kriterien Indikatoren zu ermitteln, die das Bewertungsniveau anzeigen. Das Vorhandensein geeigneter Merkmale, Kriterien und Indikatoren ist für eine Messung von Qualität in der Pflege von großer Bedeutung. Alle vier genannten Herausforderungen sind wiederum grundlegend für Qualitätsmessungen und -berichterstattungen und müssen schrittweise erarbeitet werden (Hasseler und Fünfstück 2012).

2.1 Theoriegeleitetes Qualitätsmodell

Bisherigen Qualitätsentwicklungen in der Pflege Deutschland fehlt ein theoriegeleitetes Qualitätsverständnis. Ein theoriegeleitetes Qualitätsverständnis liefert einen Erklärungsrahmen für Zusammenhänge der Erbringung von Qualität (Mittnacht 2010) und erlaubt Aussagen über die Wirksamkeit von Maßnahmen und Interventionen. Auf diese Weise können Antworten auf die Frage generiert werden, was gute Pflegequalität ist (Mittnacht 2010). Es kann Antworten darauf geben, wann, wie und warum eine Maßnahme zur Verbesserung der Qualität wirkt, offenbart die komplexen Beziehungen zwischen Kontext und Inhalt der Maßnahmen sowie der erreichten Ergebnisse und entwickelt ein situationales Verständnis der Wirksamkeit von Maßnahmen (Walshe 2007 und 2009).

Eine theoriegeleitete Entwicklung von Qualitätsindikatoren und Qualitätsentwicklung stellt in Rechnung, dass die Erreichung von Outcomes in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung variabel ist. Der Outcome hängt von unterschiedlichen Faktoren ab, beispielsweise von personalen, soziokulturellen und gesundheitsbezogenen Charakteristika der Patienten, personalen und professionellen Charakteristika der Gesundheits- und Pflegeprofessionen, physischen und sozialen Rahmenbedingungen des Settings, Art und Dosis der Interventionen, die die Patienten erhalten sowie Art und zeitlicher Eintritt der Ergebnisse (Sidanie et al. 2004). Bei einem theoriefundierten Verständnis geht es dabei um eine systematische Ableitung der Indikatoren, die in einem begründeten Pflegeverständnis und einer inhaltlichen Festlegung der Indikatoren eingebettet sind. Mit einem theoriegeleiteten Qualitätsverständnis könnten die komplexen und spezifischen Versorgungs- und Betreuungsprozesse der hilfe- und pflegebedürftigen Menschen in den jeweiligen Settings beurteilt werden (Mittnacht 2010).

In den wissenschaftlichen Debatten wird die lineare Unterteilung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität kritisch diskutiert. Diese Unterteilung findet sich beispielsweise wieder im SGB XI (zum Beispiel in Paragraph 115 Absatz 1a) oder in den „Maßstäbe(n) und Grundsätze(n) für die Qualität und die Qualitätssicherung“ (2011) sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach Paragraph 113 SGB XI in der ambulanten Pflege (2011), stationären Pflege (2011) und teilstationären Pflege (2013) oder in den Qualitätsprüfungsrichtlinien für die stationäre und ambulante Pflege (2014). Bereits Donabedian (2005) weist daraufhin, dass eine reine Fokussierung auf Indikatoren der Ergebnisqualität zahlreichen Limitationen unterliegt. So schränkt er ein, dass Ergebniskriterien nicht immer relevant sind, weil beispielsweise ein bestimmtes Ergebnis in einem bestimmten Kontext nicht von Bedeutung ist und aus diesem Grunde schlecht gewählt sein kann. Daneben bestimmten viele weitere Faktoren die Qualität, die berücksichtigt werden müssen. Nicht zuletzt geben bestimmte Ergebnisse Donabedian (2005) zufolge keine Hinweise auf die Natur oder Verortung von Stärken und Schwächen beziehungsweise Prozessen, die zu einem bestimmten Ergebnis geführt haben. Ähnlich kritisch betrachtet Eberlein-Gonska (2011) dieses traditionelle, lineare Verständnis von Qualität. Ihren Ausführungen folgend müssen die handelnden Personen und ihre Absichten im Prozess der Gesundheits- und Pflegeversorgung berücksichtigt werden. Als Beispiel führt sie den Prozess einer chemotherapeutischen Versorgung an. Dieser könne auf der Basis ökonomischer Kriterien oder auf der Grundlage des Blutbildes oder des Befindens der Betroffenen entschieden werden. Dies wird die Qualität der Versorgung auf jeder Ebene beeinflussen. Eine weitere Kritik von Eberlein-Gonska (2011) bezieht sich auf die fehlenden interaktiven und gesellschaftlichen Dimensionen von Qualität im linearen Verständnis. Sie führt aus:

„In die Kriterien-Legitimation fließen das Menschenbild sowie sittliche Vorstellungen zur Menschenwürde und zur Gerechtigkeit mit ein und beeinflussen demzufolge den Qualitätsbegriff im Gesundheitswesen“ (Eberlein-Gonska 2011: 148).

Aus dieser skizzierten Kritik am bisher dominierenden linearen Qualitätsverständnis ist die Erkenntnis zu ziehen, dass es nicht den gesamten Prozess der Versorgung und Betreuung umfasst und überwiegend einem pflegfachlichen, medizinisch-naturwissenschaftlichen und ökonomischen Ansatz folgt. Der Einfluss anderer Faktoren bleibt zunächst außen vor (Mittnacht 2010). Darüber hinaus leiten sich die Indikatoren für die Messung von Qualität nicht ohne ein zugrundeliegendes Qualitätsverständnis ab. Es ist erforderlich zu klären, welche Strukturindikatoren die Prozesse und welche Prozessindikatoren wiederum die Ergebnisse beeinflussen (Hasseler und Wolf-Ostermann 2010). Für Verbraucher stehen hinsichtlich Pflegequalität häufig interpersonale und kommunikative Kompetenzen, formelle und informelle Beziehungen sowie das Wohlbefinden im Vordergrund (Mittnacht 2010; Geraedts et al. 2012). Es ist fraglich, ob und wie sich diese in der traditionellen Dreiteilung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität wiederfinden. Aus dieser Analyse ist die Schlussfolgerung zu ziehen, dass für die Messung und Beurteilung von Qualität in der pflegerischen Versorgung ein dynamisches und systemisches Qualitätsverständnis erforderlich ist, das die soziale, räumliche, materielle, gesellschaftliche und institutionelle Umwelt einbezieht. Letztlich sind Indikatoren erforderlich, die

„den reziproken Zusammenhang zwischen den hilfe- und pflegebedürftigen Menschen und ihrer sozialen, gesellschaftlichen, räumlichen, materiellen sowie institutionellen Umwelt bewerten“ (Mittnacht 2010: 71 f.).

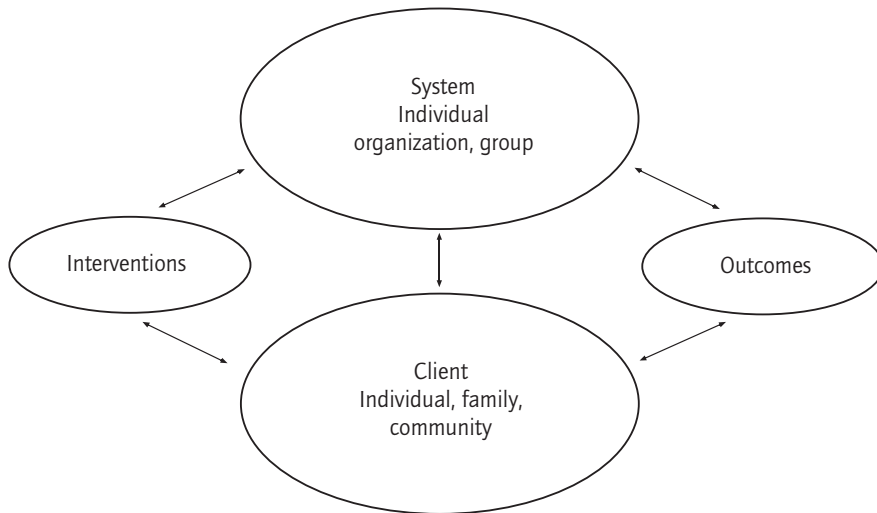
Die derzeit publizierten und diskutierten „Indikatoren der Ergebnisqualität“ für den Bereich der Langzeitpflege (Wingefeld und Engels 2011) wurden theoriefrei entwickelt und folgen der Logik der von Donabedian entwickelten linearen Struktur von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. In diesen Arbeiten fehlt insgesamt eine Einbettung in ein Qualitätsverständnis, das systematisch begründet, inwiefern und wie diese Indikatoren der Ergebnisqualität die Performanz der Einrichtungen darstellen (Hasseler 2011). Diese mangelnde Systematik und inhaltliche Begründung sowie Ableitung der Indikatoren macht sich unter anderem darin sichtbar, dass offen bleibt, wie der Zusammenhang zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu sehen ist. Für bestimmte Indikatoren, beispielsweise für Mobilität, wird aus dem Instrument zur Messung von Pflegebedürftigkeit (Neues Begutachtungsassessment (NBA)) ein Item mit der Begründung herangezogen, das dieses (im Beispiel: stabile Sitzposition halten) als ein Indikator für „Erhalt und Verbesserung der Mobilität“ zu verstehen sei. Es ist aus systematischen Gründen in Frage zu stellen, ob ein Item, das für andere Zwecke entwickelt worden ist, als ein Indikator für Ergebnisqualität zugrunde gelegt werden kann. An diesem Beispiel wird die theoriefreie Entwicklung von Qualitätsindikatoren sehr deutlich. Sie scheint eher von pragmatischen Gesichtspunkten beeinflusst worden zu sein als von methodischen Kriterien für die Entwicklung von Messinstrumenten. Vor diesem Hintergrund kann auch erklärt werden, dass nicht alle in diesem Projekt beschriebenen Indikatoren der Ergebnisqualität auch als solche zu klassifizieren, sondern vielmehr als Prozessindikatoren einzuordnen sind.

Am Indikator „Sturzfolgen“, der von Wingefeld und Engels (2011) ausgewiesen wird, lässt sich deutlich zeigen, dass fraglich bleibt, wie die Einrichtungen zu ihren Ergebnissen kommen. Dieser Indikator misst, ob ein Bewohner in den letzten drei Monaten gestürzt ist und welche Sturzfolgen aufgetreten sind. Gemessen wird auf der Basis der Dokumentation in den Einrichtungen.

Die Autoren selbst schränken ein, dass damit die Qualität der Ergebnisse von der Qualität der Dokumentation abhängig ist. Dieses Problem wird auch in der internationalen Literatur diskutiert und damit auch die Frage der Güte dieses Indikators (Hutchinson et al. 2010). Des Weiteren kann der Schlussfolgerung der Autoren nicht zwingend gefolgt werden, dass die Ergebnisse dieses Indikators Erkenntnisse über Qualitätsdefizite in und zwischen den Teilbereichen erkennen lassen, da die Gründe für das Stürzen und Nichtstürzen nicht erkennbar werden (beispielsweise bessere Mobilitätsprogramme, mehr Fixierungen, bessere oder schlechtere Dokumentation, mehr Personal, Polypharmazie et cetera). Die von Wingenfeld und Engels (2011) vorgenommene Risikoadjustierung erscheint wenig systematisch, da sie ohne Begründung und ohne systematische Berechnung für einige Indikatoren vorgenommen wird und für andere fehlen. Die von einigen Autoren geforderte Adäquatheit der Risikoadjustierung bei Qualitätsindikatoren, um vergleichende Aussagen treffen zu können (Berg et al. 2002, Nakrem et al. 2009, McGlynn 2003, Dalby et al. 2005, Wolf-Ostermann und Hasseler 2011, Mofina und Guthrie 2014), sind für die vorliegenden Indikatoren weder untersucht noch belegt oder kritisch hinterfragt.

Die am Durchschnitt orientierte relative Bewertung der Ergebnisse in die vier Kategorien „herausragend“, „über dem Durchschnitt liegend“, „Durchschnitt“ und „unter dem Durchschnitt“ hinterlassen nicht nur die Frage, wie diese Festlegung erfolgt und begründet wird, sondern auch, wie mit diesen Ergebnissen Rückschlüsse auf die Qualität gezogen werden können. Bereits im Expertenstandard Dekubitusprophylaxe (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2010) halten die Autoren fest, dass Fälle vermeidbarer Dekubitusfälle möglich sind. Bei der derzeitigen Beurteilung werden Einrichtungen beispielsweise mit einer Dekubitusrate von 4,5 Prozent bei Bewohnern mit einem hohen Dekubitusrisiko als herausragend bewertet und Einrichtungen mit einer höheren Rate als weniger gut (Wingenfeld und Engels 2011). Es ist aber möglich, dass in einer Einrichtung mit einer Dekubitusrate von 4,5 Prozent beispielsweise zwei oder drei Prozent vermeidbar wären. In einer Einrichtung mit einer höheren Dekubitusrate könnte der Anteil der vermeidbaren Fälle geringer sein. Mit anderen Worten, diese relative Bewertung lässt keine unmittelbaren Erkenntnisse über die Performanz der Einrichtungen hinsichtlich der Qualität auf Bewohnerebene zu. Eine angemessene, den Stand der Wissenschaft berücksichtigende Frage (zum Beispiel Expertenstandards der Pflege), die darüber hinaus Aussagen über die fachliche Qualität der Einrichtung berücksichtigt, da sie nach dem neuesten Stand der Wissenschaft pflegerisch versorgt, ist vielmehr „Wie hoch ist die Häufigkeitsrate der vermeidbaren Dekubitus-Fälle?“ Insgesamt muss vor diesem Hintergrund die Frage gestellt werden, ob die in derartigen Projekten verwendeten Designs die Gefahr von Pseudoinnovationen in der Entwicklung von Qualitätsindikatoren in sich bergen (Walshe 2009). Die Literaturlage weist daraufhin, dass die vermeintlich positiven Ergebnisse „neuer“ Qualitätsindikatoren auf der geringen Anzahl ausgewählter Institutionen in der Pilotphase beruhen, die auch nur wenige oder gar keine Hinweise über deren Nutzen oder Kosten geben. Die methodische Einschränkung liegt unter anderem darin, dass die in die Untersuchung einbezogenen Institutionen gegenüber der Innovation oder der Veränderung offener beziehungsweise mehr rezeptiv sind und sich auf diese Weise die Umsetzung leichter gestalten lässt (Walshe 2009). Es fehlen demgemäß Replikationsstudien anderer Forscher oder ein entsprechendes Design, das Wirksamkeit und Nutzen der entwickelten Qualitätsindikatoren untersucht. Weitere kritische Punkte lassen sich zu den von Wingenfeld und Engels (2011) publizierten Indikatoren anführen (Hasseler 2011). Gleichwohl kann mit dieser kurzen Skizzierung der problematischen Aspekte der in Deutschland publizierten Indikatoren der Ergebnisqualität für die Langzeitpflege gezeigt werden, dass eine pragmatische sowie theorie- und begründungsfreie Bildung von Indikatoren die Sicherung und Entwicklung von Qualität in der Pflege erschweren. Es fehlen systematische Zusammenhänge über die

Abbildung 1

Quality-Health-Outcomes-Modell

Quelle: Mitchell et al. (2004).

komplexen Beziehungen der die Qualität beeinflussenden Faktoren. Einschränkend muss auch erwähnt werden, dass eine systematische Bewertung – beispielsweise nach QUALIFY (einem Instrument zur Bewertung von Qualitätsindikatoren) (Reiter et al. 2007) – der von Wingenfeld und Engels (2011) publizierten Ergebnisindikatoren noch aussteht (Hasseler 2011).

Eine mögliche Grundlage für eine Entwicklung eines theoriegeleiteten Qualitätsverständnisses kann das Quality-Health-Outcomes-Modell (Abbildung 1) von Mitchell et al. (2004) sein. Im Gegensatz von Donabedians (2005) linearer Strukturierung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gehen diese Autorinnen von einem dynamischen Modell aus (Mitchell et al. 1998). Es zeigt, dass die vier Bereiche Systemcharakteristika, Interventionen, Klienten und Outcomes sich gegenseitig beeinflussen (Mitchell et al. 2004). Danach werden Interventionen vom System und dem Klienten sowie von den gewünschten Outcomes beeinflusst und umgekehrt beeinflussen diese die anderen Bereiche. Die Effekte von Interventionen werden durch die Klienten und das Gesundheits- und Pflegesystem beeinflusst und verändert.

Es ist erforderlich, diesen Rahmen für die einzelnen Settings der Langzeitpflege weiter zu entwickeln und zu elaborieren. In der Expertise zu Qualitätsindikatoren in der ambulanten Pflege von Hasseler, Görres und Fünfstück (2013) wird ein theoriegeleitetes Qualitätsmodell für die ambulante Pflege auf der Grundlage von Mitchell et al. 2004 als heuristisches Modell zur Diskussion gestellt. Mit diesem Modell konnten für eine systematische Literaturrecherche von Indikatoren der Ergebnis- und Lebensqualität in der ambulanten Pflege die Suchstrategie begründet und mögliche Zusammenhänge für Pflegequalität hergestellt werden (Hasseler, Görres und Fünfstück 2013). Weitere Arbeiten zur differenzierten Entwicklung und Begründung des heuristischen Modells stehen noch aus.

2.2 Verständnis „Qualität in der Pflege“ beziehungsweise „Pflegequalität“

Obwohl seit Jahren in allen Pflegeeinrichtungen Qualitätsprüfungen durchgeführt werden, fällt es den Beteiligten schwer, Qualität als Begriff zu beschreiben. Ein grundlegendes Verständnis ist jedoch Voraussetzung, um eine angemessene Eingrenzung vornehmen zu können und mit adäquaten Messungen, Prüfungen und Berichterstattungen zu verbinden. In der Pflege ist eine begriffliche Interpretation sehr komplex, denn hier ist Qualität vielfältig, multidimensional und in der Beurteilung von der Perspektive der Beteiligten abhängig. Schon lange wird bemängelt, dass es nach wie vor an einem einheitlichen und zugleich ausreichend differenzierten Verständnis des Begriffes Qualität fehlt (Görres 1998). Bislang ist nicht geklärt, was die einzelnen Professionen in den verschiedenen Sektoren und Hierarchieebenen sowie die Entscheidungsträger in Politik unter Qualität verstehen, und es ist nicht geklärt, wie und mit welchen Kriterien und Indikatoren Qualität optimal gemessen werden soll (Mittnacht et al. 2006, Görres et al. 2008). Blumenstock (2011: 154) konstatiert diesbezüglich, dass „eine universelle und abschließende Definition von Qualität in der Gesundheitsversorgung“ nicht vorhanden ist.

Qualität ist keine physikalische Größe mit messbaren Werten (Benes und Groh 2011) und kann nicht direkt beobachtet werden. Es handelt sich vielmehr um einen theoretischen Begriff, der operationalisiert werden muss (Blumenstock 2011: 154). Viele Definitionen zum Begriff „Qualität“ offenbaren, dass sie lediglich einen Rahmen festlegen, der für die Qualitätsmessung und -prüfung gefüllt werden muss. Beispielhaft kann die Definition aus der EN ISO 9000 – 2005 (Qualitätsmanagementsysteme – Grundlagen und Begriffe: 18) herangezogen werden, die Qualität als einen „Grad, in dem ein Satz inhärenter Merkmale Anforderungen erfüllt“ definiert. Genauer betrachtet gibt insbesondere diese Definition wertvolle Hinweise für das Verständnis von Qualität und dessen Ermittlung. Die wichtigen Begriffe sind „Grad“, „Merkmale“ und „Anforderungen“. Die Definition besagt, dass Qualität nur dann beurteilt werden kann, wenn Merkmale betrachtet werden. Die Merkmale müssen konsequenterweise dem Produkt oder der Dienstleistung eindeutig zuzuordnen sein. Die Betrachtung erfolgt über die Erfüllung von „Anforderungen“ (Kriterien), die einen im Vorfeld definierten „Grad“ erreichen müssen. Die Erreichung des Grades muss messbar sein, was auf der Basis von Indikatoren möglich wird.

In dieser Definition kommt ein produktbezogenes Qualitätsverständnis zum Ausdruck. Aber Qualität ist kein absoluter Wert, sondern steht vielfach in Beziehung zu Erwartungen und Wünschen (Stolle 2012). Damit muss(t)en auch die Erwartungen und Anforderungen von Kundinnen und Kunden beziehungsweise Zielgruppen ins Kalkül gezogen werden (Seghezzi et al. 2013, Campbell et al. 2000). Dieses subjektbezogene Qualitätsverständnis liegt dann vor, wenn bei der Qualität von Produkten oder Dienstleistungen von Unternehmen oder Organisationen die Wünsche der Kunden und Kundinnen (Bedürfnisse und Erwartungen) beziehungsweise der Grad ihrer Erfüllung in den Mittelpunkt der Betrachtungen gestellt wird (Kämmer 1998, Henkel 2008, Geraedts et al. 2012).

Für die Eingrenzung sowie Entwicklung eines Qualitätsverständnisses in der Pflege ist daher ein produkt- sowie subjektbezogenes Verständnis erforderlich. Überdies lässt sich ein Zusammenhang von Merkmalen, Kriterien und Indikatoren über die Zuordnung der verwendeten Begrifflichkeiten ableiten. Die bisherigen Definitionen von Pflegequalität fokussieren insbesondere die mit der Pflege einhergehenden Tätigkeiten als relevante Merkmale und ziehen als Kriterium die Pflegeziele beziehungsweise Erwartungen heran. Auf der Indikatorenebene gilt der Erfüllungsgrad der zuvor gesetzten Ziele (Tabelle 1).

Tabelle 1

Begrifflichkeiten für Merkmale, Kriterien, Indikatoren

Quellen	Begriffe	Merkmale	Kriterien	Indikatoren
EN ISO 9000 – 2005		Merkmale	Anforderungen	Grad
Seghezzi et al. (2007)		Beschaffenheit	Bedürfnisse	
Donabedian (1966)		Tätigkeiten	Zuvor formulierte Pflegeziele	Grad
Joint Commission		Pflege(tätigkeiten)	Gewünschte Ziele	Grad
Kämmer (1998)		Geleitete Pflege	Erwartungen	Grad

Quelle: Eigene Darstellung.

Konkreter formuliert: Die inhaltliche Darstellung von Qualitätsvorstellungen erfolgt über Merkmale. Dies sind Kennzeichen, die ein „Ding“ von einem anderen unterscheiden. Sie beschreiben beziehungsweise kennzeichnen einen Gegenstand und können in der Definition von Qualitätsvorstellungen in eine Hierarchisierung beziehungsweise Taxonomie überführt werden. Das heißt, es gibt Kennzeichen innerhalb einer Merkmalsbeschreibung, die den Gegenstand vergleichsweise prägnant darstellen und solche, die den Gegenstand eher randständig beschreiben. Darüber hinaus ist Qualität nichts Absolutes. Denn es handelt sich beim Begriff Qualität um eine Vielzahl von Merkmalen und Eigenschaften, die einem ständigen Wechsel unterworfen sind und sich auf gegebene Erfordernisse und/oder auf vorgegebene Forderungen beziehen. Damit ergibt sich Qualität erst in der Summe einzelner Forderungen (Benes und Groh 2011). Auf der Suche nach geeigneten Merkmalen wird es somit keine abschließenden Auflistungen geben können. Kriterien sind als Eigenschaften zu verstehen, deren Erfüllung als Voraussetzung einer qualitativ hochwertigen Versorgung im Gesundheitswesen erwartet wird (Geraedts et al. 2002). Nach Donabedian (1980) sind „Kriterien [...] zählbar und messbar und dienen der Evaluation der Qualität“. Für die Kriterien wird eine Anforderung beziehungsweise Zielvorgabe festgelegt, die in der Qualitätsprüfung erfüllt werden soll. An dieser Vorgabe gilt die Orientierung, ob das Kriterium mit „ja, erfüllt“, „nein, nicht erfüllt“ oder gegebenenfalls „teilweise erfüllt“ beurteilt werden kann. Um das Kriterium anhand einer Messung differenziert beurteilen zu können, müssen ein Maß und ein Messinstrument vorliegen. Die Maßeinheiten, die eine Angabe eines erreichten Grads beziehungsweise Niveaus ermöglichen, sind die Indikatoren, die zu jedem Kriterium notwendig sind und wie die Merkmale und Kriterien theoriegeleitet und möglichst evidenzbasiert ermittelt werden müssen.

Bislang fehlen in den deutschsprachigen Publikationen zu Indikatoren in der Pflegequalität entsprechende systematische Ableitungen und Zuordnungen von Indikatoren, so dass bisher entwickelte Indikatoren eher im theorie- und zuordnungs- sowie begründungsfreien Raum bleiben.

2.3 Systematisch entwickelte und geprüfte Indikatoren

Aus dem oben Gesagten kann gefolgert werden, dass Indikatoren am Ende eines Prozesses entwickelt, abgeleitet und geprüft werden. Sie sind die Maße, deren Ausprägungen zwischen guter und schlechter Qualität von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen in Gesundheit und Pflege unterscheiden (Geraedts et al. 2002). Somit bestimmen Qualitätsindikatoren die Qualitätslevel

oder Schwellen, die zwischen guter und schlechter Qualität unterscheiden (Dyck 2005, Geraedts et al. 2002). Die Auseinandersetzungen über Anforderungen an Qualitätsindikatoren werden national wie international geführt (zum Beispiel Porell und Caro 1998, Mainz 2003, Halber 2003, Hasseler und Wolf-Ostermann 2010, Wollersheim et al. 2007, Gallagher und Rowell 2003, Hutchinson et al. 2010) (Tabelle 2).

Aus der Expertise zu Qualitätsindikatoren in der ambulanten Pflege von Hasseler, Görres und Fünfstück (2013) kann nicht nur die Erkenntnis gezogen werden, dass für viele relevante Bereiche ambulanter Pflege noch keine Indikatoren vorhanden sind, sondern auch dass die Güteeigenschaften der recherchierten Indikatoren sehr heterogen sind. Von 251 identifizierten Indikatoren wurde für 92 die Validität bestätigt, für alle anderen Indikatoren gab es keine Angaben zur Validität. Ein ähnliches Ergebnis kann für die Reliabilität gezeichnet werden. Nur für 82 Indikatoren wurde diese bejaht. Insgesamt 101 Indikatoren wurden als risikoadjustiert bezeichnet. Die Diskriminierungsfähigkeit wird nur für fünf der Indikatoren bestätigt. Daneben beziehen sich die Publikationen zu Indikatoren in der ambulanten Pflege aufeinander, teilweise werden diese unkritisch voneinander übernommen. Auch wird der Begriff „Indikator“ durchaus unkritisch und fachlich nicht angemessen genutzt. Die im internationalen Raum veröffentlichten Indikatoren für die ambulante Pflege sind wissenschaftlich wenig diskutiert und überprüft. Es wird nicht ersichtlich, welchen Wert diese Indikatoren für die Qualitätsentwicklung und -sicherung haben. Teilweise werden die Indikatoren ohne die Kernmerkmale „Zähler“ und „Nenner“ aufgeführt (Hasseler, Görres und Fünfstück 2013).

Aus den Ergebnissen der Expertise kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass aus theoretischer und wissenschaftlicher Perspektive nachvollziehbare und relevante Anforderungen an Indikatoren gestellt, diese aber selten erfüllt werden. Es fehlt eine systematische Einbettung, Ableitung, Überprüfung und Bewertung der Indikatoren, beispielsweise nach QUALIFY (Reiter et al. 2007) oder nach dem zweistufigen Verfahren wie in QISA (Qualitätsindikatoren für den

Tabelle 2

Anforderungen an Qualitätsindikatoren

Anforderung	Beschreibung
Evidenzgestützt	Basieren auf Leitlinien, Standards, systematischen Erkenntnissen
Relevanz	In Bezug auf das Versorgungsziel
Messbarkeit unter Berücksichtigung der Gütekriterien	Reliabilität, Validität, Sensitivität
Veränderbarkeit durch Verhalten	Kann von Pflege oder pflegenahen Berufen verändert werden
Durchführbarkeit beziehungsweise Erreichbarkeit	Erfahrungen mit Indikator liegen vor, stimulieren Verbesserungen
Multidimensionalität	Multiple Indikatoren in den Dimensionen liegen vor
Erwünschte/unerwünschte Wirkungen	Wirkungen, die durch Indikatoren auf die Versorgung erzielt werden können
Risikoadjustierung	Vergleichbarkeit wird hergestellt
Beziehungen zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sind dargestellt	

Quelle: Hasseler, Görres und Fünfstück (2013: 38 f.).

ambulanten Bereich) (Beyer et al. 2011), in der pflegerischen Versorgung. Der Zusammenhang der Qualität der pflegerischen Versorgung durch die möglichen Indikatoren ist noch nicht hergestellt worden. Mit anderen Worten: Auf der Grundlage der bisher entwickelten und eingesetzten Indikatoren können noch keine umfassenden systematischen Aussagen über die Performanz der Einrichtungen gemacht werden. Die Indikatoren erfüllen nicht immer die in der wissenschaftlichen Literatur gestellten Anforderungen und müssen vor diesem Hintergrund kritisch reflektiert werden.

3 Herausforderungen und Anforderungen an systematische Qualitätsberichte

Qualitätsberichte wurden national und international aus mehreren Gründen eingeführt: Es sollen Informationsdefizite von Nachfragerinnen und Nachfragern über Einrichtungen und Dienste der Pflege reduziert werden. Die Markttransparenz soll erhöht werden, um Verbraucherinnen und Verbrauchern Informationen über das Leistungs- und Angebotsspektrum von Einrichtungen und Diensten der Pflege zu geben, damit sie bei ihrer Entscheidungsfindung unterstützt werden. Zudem sollen Anreize für Leistungserbringer gesetzt werden, um die Qualität in den Einrichtungen zu verbessern (Mukamel et al. 2008, Henkel 2008, Hasseler und Wolf-Ostermann 2010).

Die Forschungslage zu Effekten der Qualitätsberichte auf Qualität und Leistungen der Pflege in den Einrichtungen und Diensten ist wenig differenziert und kaum systematisch belegt. National wie international fehlen Belege über die Wirksamkeit von Qualitätsberichten bezogen auf zuvor formulierte Ziele und Erwartungen (Hasseler und Wolf-Ostermann 2010, Hasseler und Fünfstück 2012). Damit sollen in diesem Beitrag Qualitätsberichte in der Langzeitpflege nicht per se in Frage gestellt werden. Vielmehr wird auf der Grundlage der referierten Herausforderungen und Anforderungen an systematische und zielgruppenorientierte sowie effektive Qualitätsberichte eine offene und interessenfreie Diskussion darüber gefordert, mit welchem Aufwand und welchen Wirkungen und erwartetem Nutzen Qualitätsberichte sinnvoll und effektiv umgesetzt werden können.

3.1 Darstellung der Daten: Aggregierte Daten in der Qualitätsberichterstattung

Ergebnisse von Qualitätsprüfungen werden für die Qualitätsberichterstattung häufig aggregiert dargestellt. Für eine zuverlässige Darstellung von aggregierten Daten gibt es nur wenig Evidenz. Denn es ist fraglich, wie und in welcher Weise die unterschiedlichen Dimensionen von Qualität sinnvoll durch vielfältige Qualitätsmessungen und Indikatoren dargestellt werden können (Arling et al. 2005). Das Problem liegt unter anderem darin, dass aggregierte Daten nur wenig miteinander korrelieren und daher Gesamtbewertungen die Verbraucherinnen und Verbraucher irritieren können. Aggregierte Daten sind wenig differenziert und können darüber hinwegtäuschen, dass in bestimmten Bereichen Einrichtungen sehr gut, aber in anderen eher schlecht abschneiden. Es ist von Bedeutung, Erkenntnisse darüber zu haben, ob Maßnahmen, die mit der Intention verbunden sind, Outcomes wie Schmerzen, Blutdruckkontrollen, Verbesserung von Appetit zu verbessern, zu adversen Ergebnissen wie Sturz, Delirium oder Darmverschlüssen führen. Vor diesem Hintergrund seien aggregierte Daten pro Patient und nicht pro Einrichtung

von Bedeutung. Es wird nicht deutlich, ob die Outcomes optimal oder verbesserungsbedürftig sind (Levonson 2009).

Des Weiteren wird durch aggregierte Daten impliziert, dass für Verbraucherinnen und Verbraucher alle Indikatoren und Kriterien von gleich hoher Bedeutung sind. Gesamtbewertungen beziehungsweise aggregierte Daten sind demzufolge weniger geeignet, die Multidimensionalität von Qualität in den Einrichtungen darzustellen (Henkel 2008). Die Evidenzlage lässt vielmehr die Schlussfolgerung zu, dass die unterschiedlichen Dimensionen in der Pflege nicht korrelieren (Mukamel und Spector 2003). So müssen zum Beispiel ein guter Hautzustand und eine niedrige Dekubitusrate nicht bedeuten, dass der Funktionsstatus bei den Bewohnern sehr gut sein muss. Ebenso korrelieren Ergebnisse in den Hoteldienstleistungen und fachlicher Pflege nicht zwingend. Auch geben die Autoren zu bedenken, dass zusammengefasste beziehungsweise aggregierte Daten die Informationen in unzuverlässiger Weise simplifizieren. Vor dem Hintergrund, dass die einzelnen Indikatoren nur in einem geringen Maße korrelieren, können derartige Daten irreführend sein. Mit anderen Worten, wenn eine Kategorie aus einzelnen Indikatoren definiert wird, dann muss die abschließende und zusammengefasste Bewertung die Einzelnoten widerspiegeln, was eine hohe Korrelation erfordert (Mukamel und Spector 2003).

Außerdem ist zu berücksichtigen, dass Verbraucherinnen und Verbraucher Informationen subjektiv interpretieren und nicht unbedingt verstehen beziehungsweise nachvollziehen können, wie aggregierte Daten zustande kommen und wie diese miteinander in Beziehung stehen. Sie sind sich möglicherweise nicht über systematische Variationen in der Qualität bewusst (Gerteis et al. 2007). Es ist der Literaturlage folgend vielmehr anzunehmen, dass Verbraucherinnen und Verbraucher Qualität nicht in der Art und Weise verstehen, wie sie in den vergleichenden Qualitätsberichten dargestellt wird (Hibbard 2003). Für die in der Literatur belegte geringe Inanspruchnahme der Qualitätsberichte von Verbraucherinnen und Verbrauchern kann eine Rolle spielen, dass die zugrunde gelegten Qualitätsindikatoren überwiegend entwickelt worden sind, um Qualitätsprobleme zu identifizieren. Sie sind damit möglicherweise von einem fachlichen Interesse. Es kann aber auch sein, dass die Wirksamkeit der Indikatoren und die Lesbarkeit der Berichte nicht mit Verbraucherinnen und Verbraucher getestet wurden, um zu überprüfen, ob diese für ein öffentliches Berichtswesen geeignet sind und die anvisierten Ziele erfüllen (Hutchinson et al. 2009). Damit öffentliche Qualitätsberichte auch ihren Sinn haben, müssen Verbraucherinnen und Verbraucher auch davon ausgehen können, dass die Qualität zwischen den Einrichtungen variiert und sie eine Wahl zwischen den Anbietern haben.

Trotz der wissenschaftlichen Erkenntnisse, die gegen die Vergabe von Pflegenoten sprechen, werden in Deutschland mit den Kriterien zur Pflegetransparenz aggregierte Daten – in Form von Noten – ausgewiesen. In der wissenschaftlichen Evaluation zur Wirksamkeit der Kriterien der Pflegetransparenz von Hasseler und Wolf-Ostermann (2010) wurde das Problem der zusammengefassten Ergebnisse analysiert und dargestellt. Eine andere Form der Darstellung wurde auch nach mehrjähriger Diskussion durch die Vertragsparteien nicht gewählt (Vereinbarung nach Paragraph 115 Absatz 1a Satz 6 SGB XI über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der Qualitätsbewertungen nach Paragraph 114 Absatz 1 SGB XI sowie gleichwertiger Prüfergebnisse in der stationären Pflege – Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS) – vom 17. Dezember 2008 in der Fassung vom 10.6.2013; Vereinbarung nach Paragraph 115 Absatz 1a Satz 6 SGB XI über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der Qualitätsbewertungen nach Paragraph 114 Absatz 1 SGB XI sowie gleichwertiger Prüfergebnisse in der stationären Pflege – Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS) – vom 17. Dezember

2008 in der Fassung vom 10.6.2013, Anlage 2 Bewertungssystematik). Die Vertragsparteien haben sich auf eine andere Bewertungssystematik geeinigt, ohne auf die systematischen Probleme der aggregierten Daten in Qualitätsberichtssystemen einzugehen.

3.2 Anforderungen an Qualitätsberichte aus der Perspektive von Verbraucherinnen und Verbrauchern

Es kann konstatiert werden, dass Konsumentinnen und Konsumenten in der Phase der Entscheidungsfindung für oder gegen eine Einrichtung in der Mehrzahl der Fälle in ihren Fähigkeiten eingeschränkt sind und oftmals Stellvertreter (Angehörige et cetera) die Entscheidung fällen. Dieser Sachverhalt kann eine Veröffentlichung von Ergebnissen aus Qualitätsprüfungen begründen. Zur Frage, welche Informationen Nutzerinnen und Nutzer genau benötigen, um sich ihren Bedürfnissen entsprechend über Einrichtungen der stationären Langzeitpflege zu informieren, liegen national und international kaum systematische Erkenntnisse vor. Es reicht offensichtlich nicht aus, den Verbraucherinnen und Verbrauchern einfach nur Informationen in den Qualitätsberichten zu präsentieren (Tu und Lauer 2009). Die Forschungslage deutet darauf hin, dass die Daten in der Art und Weise präsentiert werden sollten, die es Verbraucherinnen und Verbrauchern erlaubt, die Informationen zu verarbeiten.

Vor diesem Hintergrund fordern einige Autoren, die Informationen zu strukturieren beispielsweise über Strukturdaten wie Einrichtungsgröße, Anzahl der Bewohner, Lokalisation oder über Informationen über das Personal, über Finanzierungsdaten, Indikatoren des klinischen Outcomes und weitere Strukturierungsmerkmale (Harrington et al. 2003a, Hasseler und Wolf-Ostermann 2010). Die Notwendigkeit, Qualitätsberichte zu strukturieren, kann mit Erkenntnissen aus der Kognitionswissenschaft belegt werden. Sie weisen darauf hin, dass die Auswahl der Indikatoren oder Kriterien für die Qualitätsberichterstattung schwerpunktmäßig fachlich begründet sind und vielfach nicht den Informationsbedürfnissen der Zielgruppen dienen (Ireson et al. 2002). Ein weiteres Problem ist, dass Verbraucherinnen und Verbraucher oftmals die Sprache in den Qualitätsberichten nicht verstehen und nicht wissen, welche Qualität durch die gewählten Indikatoren oder Qualität abgebildet werden soll (Werner und Asch 2005). Auch die Art der Präsentation veröffentlichter Qualitätsberichte ist für die Wahrnehmung, Verarbeitung und Nutzung durch die Verbraucherinnen und Verbraucher von Bedeutung (Hibbard et al. 2002). Des Weiteren können zu viele Informationen in der Entscheidungsfindung hinderlich sein. Daher sollten nur solche Informationen dargestellt werden, die für die Nutzerinnen und Nutzer von hoher Relevanz und gegebenenfalls mit Outcomes zur Gesundheit in Verbindung zu bringen sind. Damit ist impliziert, dass die Informationen so organisiert sind, dass die kognitiven Anforderungen an die Verbraucherinnen und Verbraucher reduziert werden und sie die Informationen verstehen können. Dies kann durch angebotene Entscheidungshilfen oder durch eine Emotionalisierung der Informationen geschehen, sodass die Informationen für die Verbraucherinnen und Verbraucher an Bedeutung gewinnen. Möglich ist dies, indem die Informationen eher in erzählerischer Form präsentiert werden als in faktischer Art und Weise, da Nutzerinnen und Nutzer diese Art der Darstellung besser verstehen und integrieren können, weil ein größeres emotionales Interesse geweckt wird (Hibbard und Peters 2003).

In der Qualitätsberichterstattung ist ebenfalls die Erkenntnis zu berücksichtigen, dass ältere Menschen andere Wege in der Problemlösung und Entscheidungsfindung gehen als jüngere. Sie legen mehr Wert auf interpretative und interpersonale sowie experimentelle Fähigkeiten und ihre Suchprozesse sind heuristisch; Informationen werden also simplifiziert. Dies bedeutet, dass

in der Veröffentlichung von Qualitätsberichten nicht nur eine analytische, sondern auch die intuitive Denkmethode in der Gestaltung berücksichtigt werden sollte, damit die Zielgruppen auf der Ebene der Intuition angesprochen werden (Hasseler und Wolf-Ostermann 2010).

Die bisherige Entwicklung in Deutschland zeigt allerdings, dass sowohl auf Bundes- wie auf Bundeslandebene Erkenntnisse über die Wirkung von Qualitätsberichten auf Einrichtungsebene sowie auf Ebene der Verbraucherinnen und Verbraucher fehlen. Es ist noch nicht differenziert hinterfragt worden, ob Verbraucherinnen und Verbraucher die Websites mit den Qualitätsberichten nutzen und ob sich das Verhalten der Nutzerinnen und Nutzer wie auch das Verhalten der Einrichtungsträger im Sinne einer Qualitätsentwicklung verändert. Diese Zusammenhänge zu untersuchen, erscheint von großer Relevanz, um zum einen die Sinnhaftigkeit von Qualitätsberichten begründen zu können; zum anderen aber auch, um eine reduzierte Wirkung von Qualitätsberichten zu vermeiden, die sich nur auf die Darstellung von Ergebnissen einengt (Grabowski 2010).

4 **Fazit: Systematisches und theoriegeleitetes Qualitätsverständnis sowie Differenzierung der Begriffe Merkmale, Kriterien und Indikatoren erforderlich**

Bisherige Ergebnisse und Erkenntnisse zur Qualitätsmessung und -berichterstattung sind in Deutschland überwiegend auf politische Prozesse sowie Reformmaßnahmen und nicht unmittelbar auf Forschungsergebnisse unabhängiger Fördermittel und Forschungsbemühungen zurückzuführen. Dies führt dazu, dass wissenschaftliche Diskussionen über die Messung von Pflegequalität nur in einem geringen Maß oder nur in den engen Grenzen von projektbegleitenden Beiräten geführt werden, da politische und verbandliche Interessen häufig die Gestaltung der Projekte und Diskussionen beeinflussen. Kritische Stellungnahmen werden selten zugelassen und auch fast nie veröffentlicht. Es ist zwar positiv zu bewerten, dass diese Aufträge und Projekte zu einer Weiterentwicklung des Themas „Qualität in der Pflege“ beigetragen haben, denn mit ihnen werden wichtige neue Erkenntnisse erzeugt, jedoch hätte eine unabhängige Förderung entsprechender Projekte mit längeren Laufzeiten das Potenzial, weitere bedeutsame Ergebnisse im wissenschaftlichen Kontext zu produzieren. Diese könnten von der Politik genutzt werden. Zudem ist eine solide Evidenzlage der entwickelten Indikatoren erforderlich, um Pseudoinnovation neuer Qualitätsindikatoren zu verhindern, deren Nutzen und Wirksamkeit eher fraglich sind (Walshe 2009).

Im deutschsprachigen Raum entwickelte Indikatoren zur Messung der Qualität in der Pflege wurden bis jetzt ohne theoretische Grundlage entwickelt und umgesetzt. Der systematische Bezug und die Aussagekraft hinsichtlich erreichter Qualität und Performanz in den Einrichtungen bleiben fraglich.

Aus dieser in diesem Beitrag geführten Diskussion zu den Anforderungen und Herausforderungen an eine systematische Qualitätsmessung und Qualitätsberichterstattung in der Langzeitpflege wird insgesamt zusammengefasst, dass ein systematisches Verständnis von Qualität in der Pflege, ein theoriegeleitetes Qualitätsverständnis sowie eine Differenzierung der Begriffe Merkmale, Kriterien und Indikatoren von großer Bedeutung sind, um eine Qualität in der Pflege

messen zu können. Für die Entwicklung von Qualitätsprüfsystemen in der Langzeitpflege sind mehrere systematisch aufeinander abgestimmte Schritte notwendig:

1. Entwicklung eines Qualitätsverständnisses,
2. Bestimmung und Beschreibung geeigneter Merkmale für die Qualitätsbeurteilung,
3. Festlegung von Anforderungsniveaus, die erreicht werden müssen, um eine ausreichende Qualität vorweisen zu können,
4. Entwicklung geeigneter Messskalen und Instrumente zur Überprüfung des Erreichungsgrades des Anforderungsniveaus,
5. Überprüfung und Bewertung von Indikatoren in der Pflege mit QUALIFY (Reiter et al. 2007) oder mit zweistufigem Bewertungsverfahren, zum Beispiel wie in QISA durchgeführt (Beyer et al. 2011) oder von der RAND Gruppe (2010a, 2010b) vorgeschlagen, zur Beurteilung der Relevanz und der systematischen Grundlagen der Indikatoren.

Hinsichtlich der Qualitätsberichterstattung in der Langzeitpflege bleiben unabhängig von den Verantwortlichkeiten auf Bundes- oder Bundeslandebene übergreifend Herausforderungen und Fragen an eine transparente und nachvollziehbare Qualitätsberichterstattung bestehen, die in der politischen und wissenschaftlichen Debatte noch nicht umfassend geklärt sind. Die Aussagefähigkeit und der Nutzen von Systemen der Qualitätsberichterstattung hängen von deren Güte und systematischen Grundlagen und der Erreichung vorab formulierter Ziele ab. Diese zielorientiert und konstruktiv in einem wissenschaftlichen Kontext weiterzuentwickeln bleibt eine Aufgabe der Zukunft.

Literaturverzeichnis

- Arling, Greg, Teresa Lewis und Christine Mueller (2005): Future Development of Nursing Home Quality Indicators. *The Gerontologist*, 45 (2), 147–156.
- Benes, Georg M. E. und Peter E. Groh (2011): Grundlagen des Qualitätsmanagements. 1. Aufl. München, Carl Hanser Verlag.
- Berg, Katherine, Vincent Mor, John Morris, Katherine M. Murphy, Terry Moore und Yeal Harris (2002): Identification and Evaluation of Existing Nursing Homes Quality Indicators. *Health Care Financing Reviews*, 23 (4), 19–35.
- Beyer, Martin, Regine Chenot, Antje Erler und Ferdinand M. Gerlach (2011): Die Darstellung der hausärztlichen Versorgungsqualität durch Qualitätsindikatoren. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 105 (1), 13–20.
- Blumenstock, Gunnar (2011): Zur Qualität von Qualitätsindikatoren. *Bundesgesundheitsblatt*, 54, 154–159.
- Campbell, Stephen, Martin O. Roland und Stephen A. Buetow (2000): Defining quality of care. *Social Science and Medicine*, 51, 1611–1625.
- Dalby, Dawn M., John Hirdes, und Brant E. Fries (2005): Risk adjustment methods for Home Care Quality Indicators (HCQIs) based on the minimum data set for home care. *BMC Health Services Research* 5.

- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2010): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. 1. Aktualisierung 2010 einschließlich Kommentierung und Literaturstudie. Osnabrück.
- Donabedian, Avedis (1980): Explorations in quality assessment and monitoring. Ann Arbor, MI, Health Administration Press.
- Donabedian, Avedis (2005): Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly* 83 (4), 691–729 (reprinted from the *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44 (3), 166–203, style and usage are unchanged).
- Dyck, Mary J. (2005): Evidence-based Administrative Guideline. Quality Improvement in Nursing Homes. *Journal of Gerontological Nursing*, 31 (2), 4–10.
- Eberlein-Gonska, Maria (2011): Was ist an Qualitätsmanagement evidenzbasiert? Reflexionen über eine scheinbar einfache Frage. *Bundesgesundheitsblatt*, 54, 148–153.
- DIN Deutsches Institut für Normung e. V. (2005): Quality management systems – Fundamentals and vocabulary (ISO 9000:2005); Trilingual version EN ISO 9000:2005 (12th ed). Berlin, Beuth Verlag GmbH.
- Gallagher, Rita Munley und Patricia A. Rowell (2003): Claiming the future of nursing through nursing-sensitive quality indicators. *Nurs Admin, Q* 27 (4), 273–283.
- Geraedts, Max, Thomas Brechtel, Ralf Zöll und Peter Hermeling (2012): Beurteilung für die Auswahl einer Pflegeeinrichtung. In: Jan Böcken, Bernhard Braun und Uwe Repschläger (Hrsg.): *Gesundheitsmonitor 2011. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Kooperationsprojekt der Bertelsmannstiftung und der Barmer GEK*. Gütersloh, Verlag Bertelsmann Stiftung, 155–172.
- Geraedts, Max, Hans-Konrad Selbmann und Günter Ollenschläger (2002): Beurteilung der methodischen Qualität klinischer Messgrößen. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*, 96 (2), 91–96.
- Gerteis, Margaret, Jessie S. Gerteis, David Newman und Christopher Koepke (2007): Testing Consumers' Comprehension of Quality Measures Using Alternative Reporting Formats. *Health Care Financing Review*, 28 (3), 31–32.
- Görres, Stefan (1998): Qualitätssicherung in Pflege und Medizin. Bestandsaufnahme, Theoriesätze, Perspektiven am Beispiel des Krankenhauses. Bern, u. a., Verlag Hans Huber.
- Görres, Stefan, Martina Hasseler und Barbara Mitnacht (2008): Gutachten zu den Qualitätsprüfungen und den Qualitätsberichten im Auftrag der Hamburgischen Pflegegesellschaft e. V. Bremen, iap expert GmbH.
- Grabowski, David C. (2010): Nursing Home Report Cards. *Medical Care*, 48 (10), 859–861.
- Halber, Marco (2003): Qualitätsindikatoren und Transparenz?! Eine Einführung in Indikatoren und ihre Probleme. In: Mathias Pfaff et al. (Hrsg.): *Gesundheitsversorgung und Disease Management. Grundlagen und Anwendung der Versorgungsforschung*. Bern, Verlag Hans Huber, 117–120.
- Harrington, Charlene, Janis O'Meara, Martin Kitchener, Lisa Payne Simon und John F. Schnelle (2003): Designing a Report Card for Nursing Facilities: What Information is needed and why. *The Gerontologist*, 43, Special Issue II, 47–57.
- Hasseler, Martina (2011): Statement zum Projekt „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“. Kommentar aus Sicht der Wissenschaft. *MDS-Pflegeforum 2011*. www.mds-ev.de/media/pdf/6_-_Statement_Hasseler.pdf (abgerufen am 29.9.2014).
- Hasseler, Martina und Mathias Fünfstück (2012): Die Erstellung und Erprobung von Qualitätsberichten nach § 12 des Landesgesetzes über Wohnformen und Teilhabe (LWTG)

- in Rheinland-Pfalz. Bericht zur wissenschaftlichen Begleitung. Langversion. Abschlussbericht. www.sozialportal.rlp.de/uploads/media/Abschlussbericht_Qualitaetsberichte_Langversion.pdf (abgerufen am 29.9.2014).
- Hasseler, Martina, Stefan Görres und Mathias Fünfstück (2013): Indikatoren zur Messung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie Lebensqualität in der ambulanten pflegerischen Versorgung. Im Auftrag des GKV-SV der Pflegekassen.
 - Hasseler, Martina und Karin Wolf-Ostermann (2010): Wissenschaftliche Evaluation zur Beurteilung der Pflege-Transparenzvereinbarungen für den ambulanten (PTVA) und stationären (PTVS) Bereich inklusive Empfehlungen des Beirates zur Evaluation der Pflege-Transparenzvereinbarungen. Berlin. www.pflegenoten.de/media/dokumente/weit-erentwicklung/Pflegenoten_Endbericht_Beirat_u__WB_2010_07_21.pdf (abgerufen am 29.9.2014).
 - Henkel, Melanie (2008): Qualitätsberichte in der stationären Altenpflege. Potenzial und Ausgestaltungsmöglichkeiten. Diplomarbeit. Ruhr-Universität Bochum, Fakultät für Sozialwissenschaften. www.careeffects.de/pdf/Qualitaetsberichte_in_der_Altenpflege.pdf (abgerufen am 9.4.2010).
 - Hibbard, Judith H. und Ellen Peters (2003): Supporting Informed Consumer Health Care Decisions: Data presentation Approaches That Facilitate the Use of Information in Choice. *Annual Review of Public Health*, 24, 413–433.
 - Hibbard, Judith H., Peter Slovic, Ellen Peters und Melissa L. Finucane (2002): Strategies for Reporting Health Plan Performance Information to Consumers: Evidence from Controlled Studies. *HRS Health Services Research*, 37 (2), 291–313.
 - Hibbard, Judith H., Jean Stockard und Martin Tusler (2003): Does Publizing Hospital Performance Stimulate Quality Improvement Efforts? *Health Affairs*, 22.
 - Hutchinson, Alison M., Kellie Draper und Anne E. Sales (2009): Public Reporting of Nursing Home Quality of Care: Lessons from the United States Experience for Canadian Policy Discussion. *Health Care Policy*, 5 (2), 87–105.
 - Hutchinson, Alison M., Doris L. Milke, Suzanne Maisey, Cynthia Johnson, Janet E. Squires, Gary Teare und Carole E. Estabrooks (2010): The Resident Assessment Instrument Minimum Data Set 2.0 quality indicators: a systematic review. *BMC Health Services Research*, 10, 166.
 - Ireson, Carol I., Mary Ann Ford und Richard W. Schartz (2002): Outcome Report Cards. A Necessity in the Health Care Market. *Archive Surgery*, 137 (19), 46–51.
 - Kämmer, Karla (1998): Pflegemanagement in Alteneinrichtungen: Grundlagen für Konzeptentwicklung und Organisation. 3. Aufl. Hannover, Schlütersche Verlagsgesellschaft.
 - Levenson, Steven A. (2009): The Basis for Improving and Reforming Long-Term Care. Part I-III: Essential Elements for Quality Care. *JAMA*, 10 (9), 597–606.
 - Mainz, Jan (2003): Defining classifying clinical indicators for quality improvement. *International Journal for Quality in Health Care*, 15 (6), 523–530.
 - McGlynn, Elizabeth, Christine K. Cassel, Sheila T. Leathman, Alison DeChristafaro und Helen L. Smits (2003): Establishing Goals for Quality Improvement. *Medical Care*, 41 (1), I-16-I-19.
 - Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bundes der Krankenkassen e. V., GKV-SV (Hrsg.) (2014): Qualitätsprüfungs-Richtlinien. Transparenzvereinbarung. Grundlagen der Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 SGB XI in der stationären Pflege. Essen, Berlin.
 - Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bundes der Krankenkassen e. V., GKV-SV (Hrsg.) (2014): Qualitätsprüfungs-Richtlinien. Transparenzvereinbarung. Grundlagen der Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 SGB XI in der ambulanten Pflege. Essen, Berlin.

- Mitchell, Pamela H., Sandra Ferketich und Bonnie M. Jennings (1998): Quality Health Outcomes Model. *Journal of Nursing Scholarship*, 30 (1), 43–46.
- Mitchell, Pamela H. und Norma M. Lang (2004): Framing the Problem of Measuring and Improving Healthcare Quality. Has the Quality Health Outcomes Model Been Useful? *Medical Care*, 42 (2), II-4-II-II.
- Mittnacht, Barbara (2010): Qualitätsentwicklung und Nachhaltigkeit im Kontext häuslicher Pflegearrangements. Entwicklungstrends und Perspektiven. Düsseldorf, Jacobs Verlag.
- Mittnacht, Barbara, Martina Roes und Stefan Görres (2006): Bewertung der Qualitätsaktivitäten in den verschiedenen Betreuungssystemen. In: Stefan Görres, Martina Roes, Barbara Mittnacht, Maria Biehl und Silvia Klün (Hrsg.): Strategien der Qualitätsentwicklung in Pflege und Betreuung. Genesis, Strukturen und künftige Ausrichtung in der Betreuung von Menschen mit Pflege- und Hilfebedarf. Heidelberg, C. F. Müller, 177–202.
- Mofina, Amanda M. und Dawn M. Guthrie (2014): A comparison of home care quality indicator rates in two Canadian provinces. *BMC Health Services Research*, 14, 37.
- Mukamel, Dana B., Laurant G. Clance, Yue Li, William D. Spector, Jacqueline S. Zinn und Laurant Mosqueda (2008): Does risk adjustment of the CMS quality measures for nursing homes matter? *Medical Care*, 46 (5), 532–542.
- Mukamel, Dana B. und William D. Spector (2003): Quality Report Cards and Nursing Home Quality. *The Gerontologist* 43, Special Issue II, 58–66.
- Nakrem, Sigrid, Anne G. Vinsnes, Gene E. Harkless, Bard Paulsen und Arnfinn Seim (2009): Nursing sensitive quality indicators for nursing home care: International review of literature, policy and practice. *International Journal of Nursing Studies*, 46 (6), 848–857.
- Porell, Frank und Francis G. Caro (1998): Facility-Level Outcome Performance Measures for Nursing Homes. *The Gerontologist*, 38 (6), 665–683.
- RAND (2010a): About ACOVE. RAND. Online verfügbar unter www.rand.org/health/projects/acove/about.html, zuletzt aktualisiert am 8.12.2010, (abgerufen am 22.11.2014).
- RAND (2010b): Quality Indicators – ACOVE 3. RAND. Online verfügbar unter www.rand.org/health/projects/acove/acove3.html, zuletzt aktualisiert am 8.12.2010 (abgerufen am 22.11.2014).
- Reiter, Anne, Burkhard Fischer, Joachim Kötter, Max Geraedts, Wilfried H. Jäckel und Klaus Döbler (2007): QUALIFY: Ein Instrument zur Bewertung von Qualitätsindikatoren. BQS Düsseldorf, Universität Düsseldorf, Universität Freiburg.
- Seghezzi, Hans Dieter, Fritz Fahrini und Thomas Friedli (2013): Integriertes Qualitätsmanagement. Der St. Galler Ansatz. München, Carl Hanser Verlag.
- Sidani, Souraya, Diane M. Doran, D.M. und Pamela H. Mitchell (2004): A Theory-Driven Approach to Evaluating Quality of Nursing Care. *Journal of Nursing Scholarship*, First Quarter, 60–65.
- Stolle, Claudia (2012): Wirkungen und Effekte des Resident Assessment Instrument (RAI Home Care 2.0) in der ambulanten Pflege in Deutschland. Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde Dr. Public Health an der Universität Bremen. Bremen.
- Tu, Ha T. und Johanna R. Lauer (2009): Designing Effective Health Care Quality Transparency Initiatives. *Issue Brief*, 126, 1–6.
- Vaiana, Mary E. und Elizabeth A. McGlynn (2002): What Cognitive Science Tells Us about the Design of Reports for Consumers. *Medical Care Research and Review*, 59, 3.
- Walshe, Kieran (2007): Understanding what works – and why – in quality improvement: the need for theory-driven evaluation. *International Journal for Quality in Health Care*, 19 (2), 57–59.

- Walshe, Kieran (2009): Pseudoinnovation: the development and spread of healthcare quality improvement methodologies. *International Journal for Quality Health Care*, 21 (3), 153–159.
- Werner, Rachel M. und David A. Asch (2005): The Unintended Consequences of Publicly Reporting Quality Information. *JAMA*, 293 (10), 1239–1244.
- Werner, Rachel M., R. Tamara Konetzka und Gregory B. Kruse (2009): Impact of public reporting on unreported quality of care. *Health Serv Res*, 44 (2), Pt 1, 379–398.
- Wingenfeld, Klaus und Dietrich Engels (2011): Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe. Abschlussbericht. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin.
- Wolf-Ostermann, Karin und Martina Hasseler (2011): Kurzexpose zur Beurteilung der Weiterentwicklung der Pflegetransparenzkriterien für den ambulanten (PTVA) und stationären (PTVS) Bereich. Im Auftrag des GKV-SV.
- Wollersheim, Hub, Rosella Hermens, Marlies Hulscher, Joze C. C. Braspenning, Marielle Ouwens, Jeroen Schouten, Henri Marres, Rob Dijkstra und Richard Grol (2007): Clinical indicators: development and applications. *The Netherlands Journal of Medicine*, 65 (1), 15–22.