



Gutachten zu den MDK-Qualitätsprüfungen und den  
Qualitätsberichten  
im Auftrag der Hamburgischen Pflegegesellschaft e.V.

Prof. Dr. Stefan Görres (federführend)  
Prof. Dr. Martina Hasseler  
Barbara Mittnacht

Unter Mitarbeit von  
Elke Munderloh  
Eva Reischuck

Februar 2008

iap expert GmbH Geschäftsführer:  
Mühlental 15 Prof. Dr. Stefan Görres (geschäftsführender Gesellschafter)  
28717 Bremen  
Fon/ Fax: 0421 63 98 425  
Steuernummer: 71 572 05999

Sparkasse Bremen, BLZ 290 501 01  
Konto Nr.: 166 88 54

## Gliederung

1	Zusammenfassung .....	4
2	Ausgangssituation, Auftrag und methodische Vorgehensweise .....	9
2.1	Aussagekraft der Prüfberichte des MDK bezüglich der Ergebnisqualität der Einrichtungen: Pflegewissenschaftliche Hintergrundanalyse .....	12
2.1.1	Entwicklung von Outcome-Indikatoren zur Messung von Ergebnisqualität in der Pflege .....	13
2.1.2	Theorie und Methodendefizit gegenwärtiger funktionalistisch ausgeprägter Qualitätsmodelle .....	15
2.1.3	Zwischenfazit.....	19
2.2	Aussagekraft der Prüfberichte bzgl. der Bewertungsmatrix: Kritische Würdigung des Erhebungsbogen MDK-Qualitätsprüfung in der stationären Pflege.....	21
2.2.1	Kritische Würdigung des Erhebungsbogens: Erfüllung von Gütekriterien ...	22
2.2.2	Definition von Pflegequalität als notwendige Voraussetzung .....	25
2.2.3	Ergebnisqualität in den Prüfberichten: Probleme der Zufriedenheitsmessung.....	27
2.2.4	Die Aktualität und Präzision der Items in den Prüfberichten .....	31
2.2.5	Stichprobengröße, Reliabilität, Validität und Praktikabilität .....	34
2.2.6	Zwischenfazit .....	36
2.3	Aussagekraft der Prüfberichte bezüglich der vom MDK festgestellten Mängel.....	39
2.3.1	Kritische Würdigung der MDK- Qualitätsprüfberichte.....	40
2.3.2	Untersuchung der Prüfberichte .....	40
2.3.3	Aufbau und Struktur der Prüfberichte.....	41
2.3.4	Stärken - Schwächen – Profil in den Prüfberichten .....	42
2.3.5	Ergebnisse der Versicherten- und Bewohnerbefragungen.....	45
2.3.6	Zwischenfazit .....	45
3	Handlungsempfehlungen .....	47
3.1	Qualitätsberichte .....	47
3.1.1	Formale Ausrichtung der Qualitätsberichte .....	48
3.1.2	Inhaltliche Ausrichtung der Qualitätsberichte .....	49
3.2	Beratung .....	51
3.3	Prüfinstrument.....	52
3.4	Pflegedokumentation .....	53

3.5	Qualifizierung .....	57
4	Literatur .....	59

## 1 Zusammenfassung

Gegenstand des von der iap-expert GmbH, einem Kooperationspartner der Universität Bremen, erstellten Gutachtens ist die Beurteilung des Prüfinstrumentes des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK). Konkret wird die Frage bearbeitet, inwiefern das Prüfinstrument des MDK die Qualität und dabei insbesondere die Ergebnisqualität von Pflegeeinrichtungen tatsächlich beurteilt bzw. beurteilen kann. Im Einzelnen stellen sich dazu folgende Fragen, die vom Auftraggeber, der Hamburgischen Pflegegesellschaft e.V. (HPG), vorgegeben waren:

1. Wie ist die Aussagekraft der Prüfberichte bezüglich der Ergebnisqualität der Einrichtungen einzuschätzen?
2. Welche Aussagekraft besitzt die im Prüfbericht befindliche abschließende Bewertungsmatrix?
3. Sind die Empfehlungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen bezüglich der festgestellten Mängel folgerichtig?

Das Gutachten wurde auf der Grundlage einer nationalen systematischen Literaturrecherche sowie einer formalen qualitativen Analyse der Qualitätsberichte erstellt. Aufgrund der geringen Fallzahl (sieben Berichte von stationären und fünf von ambulanten Einrichtungen) wurde diese vorwiegend nach formalen Aspekten durchgeführt. Folgende Ergebnisse lassen sich festhalten:

- (1) Gegenwärtig liegen in Deutschland zur Messung von Ergebnisqualität keine wissenschaftlichen Erkenntnisse bzw. nennenswerten Forschungsergebnisse vor. Für eine Beurteilung von Ergebnisqualität in der Pflege bedarf es pflegesensitiver Outcomes. Die meisten Instrumente – so auch das MDK-Prüfinstrument – orientieren sich jedoch vorwiegend an klinisch-medizinischen Parametern, die in das Setting Pflegeheim nicht in jedem Falle übertragen werden können und nur eingeschränkt zielgruppen- bzw. settingadäquat sind. Es fehlt bislang eine vergleichende, großflächig angelegte und methodisch anspruchsvolle empirische Forschung zur Wirksamkeit von Qualitätssicherungsmaßnahmen, insbesondere zum Outcome der Pflege.

Im Fazit muss man zu der Schlussfolgerung kommen, dass „gute Pflege“ zwar wichtig, aber nicht definiert und evaluiert ist. Bezogen auf die Prüfberichte des MDK bedeutet dies, dass nach wie vor eine Unklarheit darüber besteht, ob und in welchem Maße die eingesetzten Qualitätsindikatoren die allgemein diskutierten methodischen Gütekriterien als solche Messgrößen erfüllen. Vor allem fehlt die in der Regel als Basis geforderte Prüfung der Evidenzbasierungen. Letztlich ist aufgrund des Mangels an empirischen Testungen der Indikatoren bisher nicht abzuschätzen, inwieweit die Qualität der Versorgung einzelner Leistungsträger oder gar ganzer Versorgungsträger korrekt oder aber fehlerhaft bewertet wird

Dazu bedarf es hochwertiger Indikatoren, denn wenn aus den Prüfberichten Schlüsse gezogen werden, die für die Versorgungslandschaft insgesamt sowie für den einzelnen Leistungsträger sowohl die Qualität der Leistungserbringung betreffend als auch wirtschaftlich belastbar sein sollen, dann müssen diese Bewertungen methodisch auf möglichst *hohem Stand* stehen. Da das System Qualität und entsprechende Bewertungen als Allokationsinstrument für monetäre Zuteilungen inzwischen eine Rolle spielt, sind Qualitätsindikatoren auf methodisch hohem Niveau gefragt und unabdingbar. In Anbetracht dieser Überlegungen sollte der aktuellen und nicht unproblematischen Lage im Bereich der Qualitätsbewertungen auf der Basis von Qualitätsindikatoren in Deutschland mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden.

- (2) Der Prüfkatalog der MDKs ist insgesamt noch zu wenig pflegewissenschaftlich fundiert und entspricht nicht ausreichend den Gütekriterien der Objektivität und Reliabilität. Genau hier besteht das Problem des derzeitigen Prüfinstrumentes. Die den Prüfberichten zugrunde liegenden Indikatoren und Instrumente sind häufig nicht getestet. Da gegenwärtig keine Studien oder Ergebnisse vorliegen, die belastbare Aussagen über die Qualität des MDK-Prüfinstrumentes machen, ist es damit fraglich, inwiefern das vorliegende Messinstrument Ergebnisqualität tatsächlich misst.

Das derzeitige Prüfinstrument orientiert sich in seinem Grundaufbau an der üblichen Strukturierung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, die hauptsächlich auf Donabedian (1966) zurückzuführen ist. Interpersonale Aspekte, die auf Klienten, Umwelten und messbaren Outcomes der Versorgung der Klienten beruhen, fehlen weitgehend. Dies betrifft insbesondere die Feststellung der Zufriedenheit der Pflegebedürftigen und Aussagen zu deren Lebensqualität. Des Weiteren fehlt weitestgehend der Einbezug der Zufriedenheit der Mitarbeiter in den Einrichtungen, der in der Debatte um Qualitätssicherung, -entwicklung und -messung als ein nicht zu vernachlässigender Einflussfaktor auf die Qualität in der Pflege betrachtet wird.

Für die Beurteilung von Ergebnisqualität in der Pflege bedarf es zukünftig methodisch gut entwickelter Qualitätsindikatoren, deren Ausprägungen eine Unterscheidung zwischen guter und schlechter Qualität in der Versorgung und Betreuung von Bewohnern und Versicherten ermöglichen und auch interpersonelle Aspekte mit einbeziehen.

Die Qualitätsberichte lassen in ihrer Bewertung insgesamt ein hohes Maß an Subjektivität der jeweiligen Verfasser erkennen, was unter anderem daran liegt, dass die Reliabilität und Validität im Prüfverfahren bis heute nicht eindeutig nachgewiesen ist.

Die Bewertungsmatrix der Prüfberichte bzw. ihre Inhalte entsprechen zusammengefaßt nicht durchgehend dem State of the Art und sind in ihrer Aussagekraft daher eingeschränkt.

- (3) Es besteht der Eindruck, dass das Prüfinstrument auf einem defizitorientierten Verständnis von Pflegequalität aufsetzt und sich an einem zweckorientierten und funktionalistischen Paradigma orientiert. Die Prüfberichte haben den Tenor einer Defizitorientierung anhand weniger Parameter (z.B. Dekubitusprävalenz) und treffen kaum Aussagen über die tatsächliche Lebenssituation pflegebedürftiger Menschen, so dass diesbezüglich die Aussagen wenig aussagekräftig sind.

Dieses Verständnis von Qualität spiegelt sich in den vorliegenden Qualitätsberichten und den dort formulierten Empfehlungen wider. Die

Ausführungen des Empfehlungsteils in den analysierten Berichten fordern lediglich, die Defizite bis zu einem festgelegten Zeitraum zu beheben. Dementsprechend erfolgt die Darstellung der Verbesserungspotenziale bzw. der Empfehlungen zum Auflagenbescheid in den Prüfberichten ausschließlich in der Benennung von Schwächen bzw. Defiziten inkl. Zeitvorgaben zur Behebung. Damit nimmt die Darstellung der Schwächen im Vergleich zu den Stärken einen großen Raum ein. Durch das Fehlen einer logisch nachvollziehbaren Präsentation der Stärken und der Schwächen bleibt unklar, inwieweit die festgestellten Mängel folgerichtig sind. Zudem erfolgt die Ableitung von vorgeblichen Schwächen durch teils problematische Schlussfolgerungen. Aus einzelnen Beobachtungen und Auffälligkeiten werden pauschalierende Rückschlüsse gezogen.

Die Ableitung von konkreten Maßnahmen zur Behebung vorhandener Schwächen ist auf der Grundlage dieser Formulierung nur bedingt möglich. Es ist anzunehmen, dass die Verantwortlichen für das Qualitätsmanagement die jeweiligen Forderungen abhängig von ihren Qualifikationen und ihrem Wissensstand interpretieren und deshalb ganz unterschiedliche Maßnahmen einleiten.

Formal betrachtet lassen sich in den Prüfberichten stringente Gedankengänge mit Aussagen über Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge, die auch auf theoretische Grundlagen referenzieren, nur rudimentär finden. Auf der Grundlage der vorliegenden Prüfberichte und der dort formulierten Empfehlungen kann ebenfalls nicht festgestellt werden, dass dem Anspruch einer Impulsberatung mittels Aufzeigen von Lösungsmöglichkeiten entsprochen wird.

Festzuhalten gilt, dass der Prüfkatalog der MDKn wenig pflegewissenschaftlich fundiert und nicht ausreichend den Gütekriterien der Objektivität und Reliabilität entspricht. Vor allem die starke Orientierung an Kriterien der Struktur- und Prozessqualität bilden nicht die tatsächliche Qualität der Versorgung i.S. einer Ergebnisqualität ab.

Zusammenfassend betrachtet ergibt daher die Empfehlung, den Prüfkatalog einer Überarbeitung und pflegewissenschaftlichen Fundierung zu unterziehen und stärker

an pflegerelevanten Outcomes zu orientieren. Dabei müssen interpersonelle Faktoren und insbesondere die Lebensqualität der Betroffenen eine stärkere Rolle einnehmen.

Insofern und richtigerweise ist im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) §113, in dem Maßstäbe und Grundssätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität gefordert werden und insbesondere auf die methodische Verlässlichkeit von Zertifizierungs- und Prüfverfahren verwiesen wird, deutlich betont, dass die Regelprüfung die Wirksamkeit der Pflege und Betreuungsmaßnahme im Sinne der Ergebnisqualität ebenso umfassen soll wie Prozess- und Strukturqualität. Auch die Vergleichbarkeit der Daten muss gewährleistet sein und vor allem nicht nur die Ergebnis-, sondern auch die Lebensqualität deutlich stärker erfasst und gewichtet werden.

Angesichts der weiteren Forderung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes (PfWG), dass die Prüfberichte des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) in verständlicher Sprache aufbereitet werden sollen, sind die untersuchten Prüfberichte diesbezüglich optimierungsbedürftig. In der jetzigen Fassung sind sie kaum dazu angetan, eine Orientierungshilfe für die Nutzer, sprich die Betroffenen selbst oder die pflegenden Angehörigen, zu bieten etwa dann, wenn diese eine angemessene Pflege und Betreuung suchen.

Ein infrastrukturelles Problem ist die Tatsache, dass es bisher keine Institution in Deutschland gibt, vor allem nicht auf der nationalen Ebene und neutralen Charakters, die verbindliche Qualitätsziele formuliert und einheitliche Qualitätsindikatoren vorgibt. An diesem Zustand können auch die vielfältigen Qualitätssysteme und Zertifikate auf dem Markt nichts ändern. Die Expertenstandards weisen hier zwar in die richtige Richtung, sie sind jedoch lediglich als Instrumente auf dem Weg zu Qualitätszielen zu verstehen.

Über die Optimierung der Prüfberichte und der ihnen zugrunde liegenden Instrumente hinaus muß zukünftig der Beratungsanspruch der MDKs verstärkt, die Pflegedokumentation der Einrichtungen optimiert und in die Qualifikation der Gutachter deutlich mehr investiert werden, damit Bewertungen pflegewissenschaftlich stärker fundiert und die daraus abgeleiteten Maßnahmen differenziert, vergleichbar und für die Einrichtungen nachvollziehbar und gewinnbringend sind.



## 2 Ausgangssituation, Auftrag und methodische Vorgehensweise

Grundlage für die Qualitätsprüfungen des medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) bilden die §§ 112 und 114 SGB XI sowie die Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität (Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR) vom 10. November 2005. Ziel dieser Richtlinien ist es, auf der Basis der bisherigen Erfahrungen mit den Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) die Prüfung der Qualität der Pflege und Versorgung in den Pflegeeinrichtungen weiter zu verbessern und zu sichern. Zugleich soll mit den Richtlinien ein Beitrag zur Weiterentwicklung der Qualität solcher Prüfungen geleistet werden. Überprüft werden Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität, wobei insbesondere die Ergebnisqualität noch stärker als bisher in den Vordergrund rücken soll. Zudem verfolgt der MDK einen beratungsorientierten Ansatz mit dem eine Stärkung und Unterstützung des internen Qualitätsmanagements erreicht werden soll (MDS 2005:8).

Damit wird der Forderung Rechnung getragen, dass Pflege und Betreuungsleistungen pflegebedürftiger und alter Menschen in einer Qualität erbracht werden sollen, die die Menschenwürde sicherstellt und ein höchstmögliches Maß an Lebensqualität erhält (MDS 2005:3).

Die Notwendigkeit dieser Forderung zeigt sich eindrucksvoll an den Ergebnissen des jüngst veröffentlichten 2. Qualitätsberichtes des MDS vom 31. August 2007, der vor allem die mangelnde Ernährungssituation und Flüssigkeitszufuhr sowie die hohe Zahl wundgelegener Heimbewohner bemängelte. In der Folge hat dies zu heftigen Reaktionen in Presse, Politik und Öffentlichkeit und zu einer oft generalisierenden und pauschalierenden negativen Wertung der Pflegeeinrichtungen geführt, wengleich die Betreiber von Einrichtungen ebenso wie die einschlägigen Verbände einräumen, dass es durchaus „Schwarze Schafe“ in den eigenen Reihen gibt.

Eine zentrale Kritik am Qualitätsbericht des MDS ist begründet auf der Tatsache, dass die Pflegeeinrichtungen stichprobenartig überprüft werden, viele erst im Sinne einer Anlassuntersuchung, also dann, wenn eine Beschwerde vorliegt, so dass hier zumindest zum Teil von einer nicht repräsentativen Stichprobe bzw. Negativselektion ausgegangen werden kann. So sind gerechnet auf das Jahr 2006 und gemessen an der Anzahl aller Pflegebedürftigen lediglich 0,5% der ambulanten und etwa 0,7% der

stationären Pflegefälle überhaupt untersucht worden. Repräsentativ sind die Ergebnisse deshalb nicht (vgl. Wittenius in Erhardt 2007: 37).

Obwohl auch die Einrichtungen selbst immer wieder versichern, dass auch sie das Ziel einer möglichst hohen Pflegequalität verfolgen und selbstkritisch betrachtet ein Interesse daran haben, „den Schwarzen Schafen das Handwerk zu legen“, fühlen sie sich und ihre Bemühungen zur Verbesserung der Qualität nicht nur durch den jüngsten Qualitätsbericht des MDS, sondern vor allem durch die Einzelgutachten bzw. Prüfberichte des MDK häufig und in unberechtigter Weise diskreditiert, unzureichend beraten und haben eine gänzliche andere Wahrnehmung ihrer Arbeit.

Vor allem aber steht hinsichtlich der Kritik an den Berichten des MDS die Überlegung im Vordergrund, inwieweit die Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen und die abgefassten Prüfberichte tatsächlich die Qualität von stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen darzustellen vermögen, insbesondere die Ergebnisqualität. Diese Frage hat für die stationären Einrichtungen inzwischen existenziellen Charakter, denn die Prüfberichte und die darin enthaltene Bewertungsmatrix werden zunehmend von Kreditinstituten eingefordert, um Kreditrichtlinien festzulegen.

Von der Hand zu weisen ist diese Skepsis der Einrichtungen nicht, denn pflegewissenschaftlich betrachtet ist der Begriff der „Pflegequalität“ äußerst unscharf, es fehlen konsentiert Indikatoren zu seiner Bestimmung und ebenso validierte Instrumente zu seiner Messung. Inzwischen ist der Begriff der Qualitätssicherung auch weitestgehend dem der Qualitätsentwicklung gewichen, um deutlich zu machen, dass es sich hier um einen dynamischen Prozess handelt, der nicht nur im Laufe der Zeit variieren kann, sondern neben objektiven Qualitätskriterien immer auch subjektive Einschätzungen der jeweils Betroffenen berücksichtigen muss und dies in wechselnden Situationen. Man kann in diesem Zusammenhang auch von der Notwendigkeit einer situativ-komplex-dynamischen Qualitätsorientierung reden (Görres 1999: 423ff). Vor diesem Hintergrund einer nach wie vor vorhandenen Verunsicherung wird aktuell ein für Wissenschaft und Praxis gleichermaßen relevanter Diskurs geführt, der der schon seit vielen Jahren schwellenden Qualitätssicherungsdebatte eine neue Qualität verleiht, die auch vom jüngsten Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) – wenn auch nur in abgeschwächter Form - aufgegriffen wird, wenn es u.a. darum

geht, nicht nur mehr Qualität i.S. von Ergebnisqualität, sondern auch eine höhere Transparenz etwa durch die Veröffentlichung der Berichte einzufordern.

Die zentrale Frage und damit zugleich Auftrag des Gutachtens ist, ob mit den Instrumenten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen die Qualität und insbesondere die Ergebnisqualität der Einrichtungen tatsächlich eingeschätzt werden kann. Im Einzelnen stellen sich dazu folgende Fragen:

1. Wie ist die Aussagekraft der Prüfberichte bezüglich der Ergebnisqualität der Einrichtungen einzuschätzen?
2. Welche Aussagekraft besitzt die im Prüfbericht befindliche abschließende Bewertungsmatrix?
3. Sind die Empfehlungen des medizinischen Dienstes der Krankenkassen bezüglich der vom MDK festgestellten Mängel folgerichtig?

Beauftragt hierzu wurde die iap-expert GmbH. Sie ist eine Ausgründung des Instituts für angewandte Pflegeforschung (iap) der Universität Bremen. Die iap-expert GmbH ist Kooperationspartner der Universität Bremen. In diesem Zusammenhang profitiert die iap-expert GmbH von den vielfältigen Erfahrungen des interdisziplinär ausgerichteten Instituts mit fundierten Kenntnissen der nationalen und internationalen Qualitätssicherungsdebatte, nachgewiesen durch entsprechende Übersichts- und Forschungsarbeiten sowie Publikationen. Hinzu kommt eine ausgewiesene Expertise zu Fragen der Grundstruktur und strategischen Ausrichtung der Qualitätsentwicklung für Menschen mit Pflege- und Hilfebedarf (Görres et al. 2006a) sowie zu künftigen Bedarfskonstellationen pflegebedürftiger Menschen (Hasseler/Görres 2005). Zudem kann auf Erfahrungen in der Entwicklung, Implementation und Evaluation entsprechender Steuerungsmodelle in der Organisationsentwicklung und im Qualitätsmanagement zurückgegriffen werden (Görres et al. 2006b; Görres/Martin 2005).

Das Gutachten wurde auf der Grundlage einer nationalen systematischen Literaturrecherche sowie einer formalen qualitativen Analyse der Qualitätsberichte erstellt. Zur Erstellung der Literaturrecherche wurden die Fachdatenbanken wie DIMDI und PubMed sowie in der Fachzeitschriftendatenbank GeroLit genutzt. Zusätzlich wurden die Bestände im Verbundkatalog des Gemeinsamen Bibliothekverbundes (GBV) der

Länder Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Sachsen Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen und Hessen durchsucht. Darüber hinaus wurden die Zeitschriften „Pfleger“, „Pfleger und Gesellschaft“ und „PrInterNet“ per Handauslese über das Online Archiv über den Zeitraum 1998 bis 2007 durchgesehen.

Gesucht wurde in den Datenbanken und sonstigen Quellen jeweils im Titel und Abstract nach Schlüsselbegriffe wie „Pfleger und Ergebnisqualität und Indikatoren“, „Pfleger und Ergebnisqualität und Kriterien“, „Pfleger und Ergebnisqualität und Outcome“. Für die Fachdatenbank PubMed erfolgte eine auf den Zeitraum von 2002 bis 2007 begrenzte Literatursuche, wobei ausschließlich deutsch publizierte Literatur berücksichtigt wurde. Gesucht wurde nach Schlüsselbegriffen wie „care and quality and criterion“, „care and quality and indicator“, „care and quality and outcome“. Des Weiteren fand eine detaillierte Literaturrecherche zum Themenbereich Ernährungszustand, chronische Schmerzen sowie chronische Wunden im Alter statt. In die Suche wurden folgende Schlüsselbegriff (jeweils auf Deutsch und Englisch) wie Ernährungszustand, Bodymass Index (BMI), Schmerzmanagement, Schmerzdokumentation, chronische Schmerzen, Wundversorgung, Beurteilung, Wunddokumentation eingeschlossen. Generell wurden die Begriffe paarweise oder in größerer Kombination verwendet und strukturiert (z.B. Qualität\*) oder unstrukturiert eingesetzt. Related links wurden ebenfalls gesichtet.

Aufgrund der heterogenen und zu geringen Anzahl der Prüfberichte (vgl. Kapitel 2.3.) wurden die Prüfberichte ausschließlich auf formale Aspekte untersucht. Eine inhaltliche Auswertung der Prüfberichte konnte auf dieser Grundlage nicht erfolgen.

## **2.1 Aussagekraft der Prüfberichte des MDK bezüglich der Ergebnisqualität der Einrichtungen: Pflegewissenschaftliche Hintergrundanalyse**

Eine Beurteilung der Aussagekraft der einzelnen Prüfberichte des MDK bezüglich der Ergebnisqualität lässt sich anhand der vorliegenden Berichte kaum durchführen. Zum Einen wird die Ergebnisqualität über das Prüfinstrument selbst kaum abgebildet, insofern auch nicht in den Prüfberichten. Zum Anderen ist die Debatte über Indikatoren der Ergebnisqualität gegenwärtig in vollem Gange, so dass vor die Frage nach der Aussagekraft einzelner Prüfberichte zunächst eine pflegewissenschaftliche Hintergrundanalyse zu ziehen ist. Erst wenn so ein Konsens über entsprechende Indikato-

ren der Ergebnisqualität erzielt worden ist, kann über die Einführung eines ausgearbeiteten und getesteten Instruments Ergebnisqualität erhoben und in ihrem Ergebnis bewertet werden.

Ausgangspunkt der Analyse ist dabei zunächst die Feststellung, dass durch die gesetzlich vorgeschriebene Verpflichtung zur Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung – dies erfolgte vor allem durch das Pflegequalitätssicherungs-Gesetz (2002 - in den vergangenen Jahren zahlreiche interne und externe Qualitätskonzepte und Qualitätsverfahren in der Pflege entwickelt worden sind. Inwieweit diese Qualitätskonzepte und Qualitätsverfahren jedoch eine „gute Pflegequalität“ i.S. einer Ergebnisqualität erzeugen (vgl. Görres 2007), wird in der bundesweiten Debatte gegenwärtig ebenso wenig beleuchtet wie die Frage beantwortet wird, wie diese über ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement anhand welcher Parameter überhaupt erzeugt werden soll (vgl. dazu ausführlich Görres 1999; aktuell vergleiche Görres et al. 2006a, Bieback 2004). Hinzu kommt, dass in Deutschland zurzeit nur wenig gesicherte wissenschaftliche Informationen zum tatsächlichen Stand der Pflegequalität vorliegen. Es fehlt bislang eine vergleichende, großflächig angelegte und methodisch empirisch gesicherte Forschung zur Wirksamkeit von Qualitätssicherungsmaßnahmen und geeigneter Instrumente zu deren Erhebung, insbesondere in der Pflege.

### **2.1.1 Entwicklung von Outcome-Indikatoren zur Messung von Ergebnisqualität in der Pflege**

Die Gründe für den Mangel an geeigneten und methodisch gesicherten Instrumenten liegen in der Art der Entwicklung der Qualitätskonzepte. Sie werden häufig ad hoc für die Praxis entwickelt und orientieren sich überwiegend und schwerpunktmäßig an der Struktur- und Prozessqualität. Die Ergebnisqualität nimmt bislang nur einen marginalen Stellenwert ein (Görres et al 2006a; Schönberg und Schnabel 2003; Roth 2002). Dies gilt vor allem für die erlebte Pflegequalität durch die Bewohner, deren Angehörige und die Pflegekräfte. In der Fachwelt besteht Konsens darüber, dass zur Beurteilung der Qualität pflegerischer Versorgung und kontinuierlichen erfolgreichen Weiterentwicklung der Pflegequalität vor allem die Ergebnisqualität und damit das Outcome i.S. Steuerung und Wirkung der pflegerischen Maßnahmen und Dienstleistungen überprüft werden muss (Roth 2002, Stockmann 2006, Görres et al. 2006b). Dies gilt vor allem für die Ergebnisqualität der pflegerischen Versorgung alter

Menschen in Pflegeheimen, denn gerade hier bestehen derzeit noch große Wissensdefizite, vor allem die Pflegesensibilität der dort angewendeten Qualitätsparameter und Indikatoren betreffend

Zum Stand der pflegesensitiven Outcome-Forschung für Deutschland ist festzustellen, dass es bisher keine nennenswerte Forschung zu pflegesensitiven Outcomes gibt. Die Konzentration – so auch in den Prüfberichten des MDK - erfolgt auf medizinische Outcomes- und Klientenzufriedenheit; es unterbleibt eine Verbindung von Intervention und Outcome. Hinzu kommt, dass Indikatoren fehlen, die den spezifischen pflegerischen Beitrag abbilden und es existiert ein Mangel an wissenschaftlicher (theoretischer) Fundierung der zur Verfügung stehenden Instrumente. International ist die Situation nicht wesentlich anders: die Forschungsaktivitäten erfolgen auch hier zu generellen Klienten-Outcomes und seltener zu pflegesensitiven Outcomes. Es gibt zwar einen umfangreichen Einsatz von Outcome-Instrumenten und dort werden multiple Messungen favorisiert (mehrere Instrumente), allerdings ist der beste Zeitpunkt der Outcomemessung oft nicht bekannt und schließlich ist festzustellen, dass eine Übertragbarkeit internationaler Ergebnisse in Deutschland nur eingeschränkt möglich ist (vgl. Stemmer 2005).

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt muss deshalb grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass die Kriterien darüber, was im Ergebnis bzw. Outcome eine „gute Pflege (-qualität)“ ist, nicht gesichert sind und die Auffassungen darüber zwischen den unterschiedlichen Akteuren variieren (vgl. Görres 2007):

Unterschieden werden muss zumindest analytisch zwischen

- Kriterien der Betroffenen selbst,
- Kriterien im Sinne einer technischen, bzw. professionellen Lösung,
- Kriterien des Systems und
- Kriterien der gesellschaftlichen Umwelt.

Pflegequalität hängt demgemäß von einer Vielzahl von Variablen sowie der Kooperation aller Beteiligten und unterschiedlichen Schnittstellen ab und kann nicht in monokausalen Zusammenhängen gemessen werden. In der Überprüfung von Pflegequalität müssen daher unterschiedliche Variablen berücksichtigt werden, um sie umfassend abbilden zu können sowie detaillierte Ergebnisse, Aussagen und Empfehlungen treffen zu können.

Unter diesen Annahmen entsteht ein Modell zur Definition eines Pflegequalitätsniveaus (vgl. Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e.V. 2000) das davon ausgeht, dass

- Pflegequalität keine feste Größe sein kann, sondern ein festzulegendes Maß der Abweichungen vom angestrebten Zustand (Pflegequalitätsniveau mit Toleranzgrenzen).
- Die angestrebte Pflegequalität variiert in Abhängigkeit von subjektiver Bewertung um Lebensbedingungen und Situationen, deshalb ist jeweils eine Neu-einschätzung für den Einzelfall notwendig und
- zur Definition guter Pflege sollten vermehrt Wertmerkmale herangezogen werden wie Selbstbestimmung, Kompetenzen und Bedürfnisse sowie Lebensqualität.

### **2.1.2 Theorie- und Methodendefizit gegenwärtiger funktionalistisch ausgeprägter Qualitätsmodelle**

Unbestritten ist inzwischen, dass die Indikatorenbildung, deren Anwendung und Evaluation unerlässlich sind, um Ergebnisqualität in der Pflege darstellen zu können. Entscheidender Mangel ist jedoch, dass zur Indikatorenbildung eine Vielzahl theoriefreier Modelle und Systeme bestehen und die Instrumente zur Outcome-Messung häufig nicht validiert sowie die Methodenentwicklung unzureichend sind. Dieses Methodendefizit zeigt sich zum Einen und exemplarisch an gängigen, nicht auf Verzerrungen hin reflektierten Befragungen zur Zufriedenheit von Kunden und ihren intuitiv-expressionistischen Beschreibungen der Pflegequalität. Offizielle Darstellungen zur Qualität der Langzeitpflege beziehen sich darauf, das Bild einer mehrheitlich angemessenen Pflege zu zeigen, obwohl viele Defizite deutlich werden (MDK 2004: 9 BMGS 2004). Methoden und Ursachenanalysen bleiben aber dabei eher dürftig. Im Vordergrund stehen explorative deskriptive Darstellungen von Strukturen und Prozessen, kaum die Ergebnisse der Pflege (vgl. MDK 2004). Zum Anderen existieren inzwischen zwar belastbare Zahlen und evidenzbasiert (dürftige) Daten zu systematischen Problemen, wonach pflegebedürftige ältere Menschen häufig in Folge mangelhafter oder falscher Hilfe mangelernährt sind, an unnötigen Schmerzen und Decubitalulcera leiden und oft unnötig immobil, inkontinent, sediert oder fixiert sind (Garms-Homolová/Roth 2004). Trotz dieser Einzelbefunde von Mängeln und Prob-

lembeschreibungen finden sich dennoch keine repräsentativen Daten aus theoretisch geleiteten Analysen zu Ergebnissen oder Wirkungen der Pflege sowie Erklärungen von Zusammenhängen und Hintergründen. Es liegen zudem viele Beschreibungen anderer Probleme und Defizite vor, hinsichtlich von Ursachen werden aber meist Qualitäts- oder Ressourcenmängel aufgeführt (MDK 2004, BMGS 2004), wie dies der jüngste Qualitätsbericht des MDS überdeutlich zeigt. Diese Feststellungen und Beschreibungen folgen aber insgesamt – und dies sind die zentralen und hier zu thematisierenden inhaltlichen und methodischen Schwachstellen – einem dominanten Theoriekonzept, nämlich einem funktionalistischen, zweckrationalen Paradigma in Anlehnung an den Weberschen Idealtypus. Diesem folgend wird die in Institutionen stattfindende Professionalisierung humanitärer und sozialer Hilfen im Sinne einer modernen funktionalen Ausdifferenzierung rational planbarer Problemlösungen verstanden. Im Falle einer mangelnden professionellen Organisation geraten danach vor allem die Ressourcenmängel als Ursache von (Struktur-) Defiziten am ehesten in den Blick (Roth 2007). Dies, obwohl selbst die Kriterien einer „guten technischen Lösung“ nicht gesichert sind. Offizielle Pflegemodelle, die sich gerne auf die technische Überlegenheit und Gestaltungskraft zweckrationaler und standardisierter Modelle beziehen, ebenso wie die klassischen Pflgetheorien, die primär an der Wiederherstellung und Erhaltung der Selbständigkeit oder der körperlichen und geistigen sowie sozialen Funktionen orientiert sind, folgen grundsätzlich dem hier skizzierten funktionalistischen Modell. Demnach wird eine systematische Informationssammlung, Bedarfsmessung oder ein Assessment vorgenommen, dem Diagnosen und Problembestimmungen folgen und auf deren Grundlage dann Hypothesen, Ziele, Techniken und Methoden einer mustergültigen Problemlösung entwickelt und angewandt werden, woran sich die Lösungsanalyse und Bewertung anschließt und der Kreislauf wieder von vorne beginnen kann (DIN EN 8402). Diesem zweckrationalen Modell folgt auch die Unterscheidung von Donabedian nach Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (Donabedian 1966). Die meisten Veröffentlichungen und Diskussionen, die sich mit dem Thema Pflegequalität befassen, legen die Strukturierung von Donabedian in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zugrunde. Damit wird implizit ein Zusammenhang zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnismerkmalen und erreichter Qualität hergestellt. Die Autoren des 2. Berichts des MDS zur Qualität in der ambulanten und stationären Pflege stellen ähnliche Zusammenhänge her, wenn sie formulieren, dass den „Pflegeeinrichtungen noch nicht gelungen ist,



ihre Verbesserungen in der Struktur- und Prozessqualität auch für die Ergebnisqualität gewinnbringend nutzbar zu machen“ (2007:96). Sie schränken jedoch ein, dass monokausale Zusammenhänge zwischen einzelnen Struktur- und Prozesskriterien und einer guten pflegerischen Versorgung nicht erklärend sind, sondern offenbar Maßnahmenbündel dafür verantwortlich sein könnten. Allerdings gibt auch der Bericht keine differenzierten Hinweise auf mögliche wechselseitige Beziehungen zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnismerkmalen.

Auch hier wird ein Wirkungsgefüge eines funktionalistischen Modells unterstellt, wonach eine bestimmte Struktur und professionelle Prozesse auch zu guten Ergebnissen führen. Funktionalistische Konzepte setzen deshalb als Erklärung von Qualitäts- pflegemängeln primär bei der Qualifikation, dem Fachwissen und dem professionellen Handeln der Pflegekräfte an, aber auch bei Mängeln der Organisationen und Strukturen (Roth 2007).

Insgesamt scheint allerdings beim Ressourcen- und Personaleinsatz, wie auch bei den Pflegeprozessen (unabhängig von formeller Qualifikation) ein erhebliches Maß an Zufälligkeit und Ineffizienz der Leistungen vorzuliegen, womit funktionalistische Konzepte für sich genommen offenbar zu kurz greifen. Auch andere Zusammenhänge zwischen Organisationen, organisatorischen Variablen der funktionalistisch für so bedeutend erachteten Strukturqualität wie die Größe von Einrichtungen zur Pflegequalität scheinen unklar, weshalb auch dazu multivariate und theoriegeleitete Analysen folgen müssten. Erinnerung sei hier an die scheinbar selbstverständliche und naheliegende soziale Erwartung, wonach Pflegeeinrichtungen in erster Linie möglichst klein und familiär sein sollten. Entsprechend korreliert die Wahrnehmung von Qualitätsproblemen aller Art häufig positiv mit der Größe von Einrichtungen (beides korreliert auch positiv mit der Angabe von Qualifikations- und Managementproblemen). Laible (2000) zu Folge wiesen größere Pflegeeinrichtungen tatsächlich häufiger Fälle mit Ulcus cruris auf als kleinere. Dagegen treten nach Analysen des MDK (2004) in größeren Einrichtungen eher weniger Qualitätsprobleme auf, was indes wiederum den funktionalistischen Erwartungen entspräche, die offensichtlich durch größere Einrichtungen eher zu erfüllen sind.

Hinzu kommt, dass diejenigen Studien, die einen Zusammenhang zwischen Struktur- und Ergebnisqualität herzustellen versuchen, überwiegend in angelsächsischen Ländern durchgeführt worden und auf Krankenhäuser bezogen sind (IQWiG 2006).

Die Zielgrößen der Ergebnisqualität in diesen Studien sind: Mortalität, Mortalität bei verspäteter Hilfe im Notfall, Verweildauer, nosokomiale Infektionen (Harnwegsinfektionen, Wundinfektionen, Pneumonie, Sepsis, postoperative Infektionen, Atemwegsinfektion), Dekubitus, Stürze sowie Pflegekapazität im Sinne von „nurse-to-patient-ratio“ (IQWiG 2006).

Für die Heime werden in Diskussionen und Veröffentlichungen über Qualität in der stationären Pflege unter anderem die Förderung von Selbständigkeit und Beachtung der Selbstbestimmung, an Lebensgewohnheiten orientierte Alltagsgestaltung, Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung, Dekubitusprophylaxe und -therapie, Medikamentenversorgung, Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen sowie Pflegeplanung und -dokumentation als mögliche Endpunkte formuliert (DZA 2005). Demgemäß können die Resultate und Schlussfolgerungen dieser Klinikstudien nicht auf Heime übertragen werden. Darüber hinaus sind die Ergebnisse nicht eindeutig. Einige Studien legen nahe, dass zwischen Pflegequalität und Outcomes der Patientinnen und Patienten wie z.B. Mortalität u.Ä. ein Zusammenhang besteht, andere können diese Beziehungen nicht eindeutig nachweisen (IQWiG 2006).

Viele Zusammenhänge zwischen Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität konnten empirisch also nicht oder nur unzureichend nachgewiesen werden. Es liegen kaum Belege darüber vor, wie viele Strukturmerkmale (z.B. Personalkapazität) erfüllt sein müssen, um eine gewünschte Ergebnisqualität zu erzielen (Gebert/Kneubühler 2001; Roth 2001). Diese eher kritische Betrachtungsweise des vorwiegend funktionalistisch und monokausal ausgerichteten Modells von Donabedian (1966) zum Zusammenhang von Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität führt hin zum sogenannten Quality Health Outcome - Modell der American Academy of Nursing (Mitchell et al 1998). Demnach geht es im Wesentlichen um vier Aspekte

- Überwindung der linearen Beziehungen zwischen den Qualitätsdimensionen Struktur-, Prozess-, und Ergebnis, bzw. Ergebnis als direktes Resultat von Struktur und Prozess,
- Betonung eines reziproken Zusammenhangs zwischen den Komponenten Intervention, Systemmerkmale, Klientenmerkmale und Outcome,
- Betrachtung des Klienten als bedeutsamen Einflussfaktor (persönliche, gesundheitliche und soziokulturelle Merkmale)

- und Individualisierung des Klienten durch eine qualitativ hochwertige Pflege, d.h., die Bedürfnisse und Erwartungen der Klienten zu erfüllen.

### **2.1.3 Zwischenfazit**

Insgesamt betrachtet kann konstatiert werden, dass die Pflege ihre Bemühungen im Bereich der Qualitätssicherung ausgebaut hat und Erfolge erzielen konnte (siehe hierzu MDS 2007). Dennoch besteht ein erheblicher Bedarf darin, das Spektrum an Qualitätsinstrumenten-, -methoden und -programmen pflegewissenschaftlich und methodisch stärker zu fundieren. Eine übergreifende qualitätsmethodische Diskussion müsste sich vor allem auf häufig noch unklare sprachliche Formulierungen, mangelnde Überprüfbarkeit und die bislang wenig klare Dimensionierung von Indikatoren sowie ihre inhaltlich kaum nachfolgende Zuordnung zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität richten.

Vor allem müssen die Lebensqualität und das Wohlbefinden der Betroffenen stärker in den Fokus genommen werden. Qualitätsmessung, die ausschließlich an der medizinisch – pflegerischen Seite ansetzt, kommt zu verkürzten Ergebnissen. Fokussiert werden sollten also neben den bekannten Parametern zu Decubitalulcera, Sturzvorfällen, Ernährung und Inkontinenz vor allem Aspekte der Lebensqualität bzw. die erlebte Qualität durch die Bewohner, deren Angehörige und die Pflegekräfte. Die ausschließliche Orientierung an die Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien kann bislang - auf nahezu alle Qualitätsbereiche - kaum als hinreichend plausibel und überprüfbar angesehen werden. Die in den Prüfberichten getroffene Auswahl der Indikatoren der Ergebnisqualität zeigen ein eher traditionelles zweckrationales Bild des pflegerischen Auftrages sowohl der Profession als auch der Einrichtung selber und wird der ungeheuer komplexen Aufgabe, nämlich älteren Menschen das Leben in einem ihnen im Vergleich zum häuslichen Umfeld nicht vertrauten Bereich mit einer hohen Lebensqualität zu ermöglichen, nicht gerecht. Strategien zur Bewältigung des Alltags ebenso wie Fähigkeiten zum Selbstmanagement, zu Koordination und Kommunikation mit wechselnden Unterstützungsleistern werden ausgeblendet, bzw. nicht in die Indikatorensammlung mit einbezogen. Die Auswahl ist im Einzelnen auch nicht begründet. Vielmehr folgen die Indikatoren einem medizinisch – naturwissenschaftlich zweckrationalen Paradigma und sind damit wissenschaftstheoretisch einseitig ausgerichtet. Die Indikatoren bilden nicht den komplexen Pflegeprozess insbesondere unter Berücksichtigung psychosozialer Faktoren ab. Diese müssten aber unbe-

dingt in eine Bewertung mit eingehen. Zudem sind die Indikatoren qualitativ nicht konsentiert (vgl. dazu auch Höhmann 2007).

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass wir in Deutschland zur Frage der Ergebnisqualität in allen Versorgungsbereichen und Sektoren einen erheblichen Forschungsbedarf haben (IQWiG 2006) und wir insbesondere im Versorgungssektor der Heime und ambulanten Pflege keine differenzierten und systematischen Aussagen machen können. Bis jetzt beruhen entsprechende Stellungnahmen und Messinstrumente zum Thema Pflegequalität in der stationären und ambulanten Pflege eher auf Vermutungen, denn auf intersubjektiv überprüfbaren Ergebnissen. Insgesamt gibt es kaum systematische Aussagen zum Einfluss einzelner Indikatoren auf Pflegequalität (Reutlinger 2001). In der Konsequenz bedeutet dies Folgendes:

- Inwieweit Qualitätskonzepte und Qualitätsverfahren eine gute Pflegequalität erzeugen, bleibt in der gegenwärtigen bundesweiten Debatte unterbeleuchtet.
- In Deutschland liegen zurzeit nur wenig gesicherte wissenschaftliche Informationen zum tatsächlichen Stand der Pflegequalität und kein theoretisch fundiertes Verfahren zum Konstrukt „gute Pflege“ vor.
- In der Fachwelt besteht Konsens darüber, dass vor allem die Ergebnisqualität und damit der Outcome der pflegerischen Maßnahmen und Dienstleistungen überprüft werden muss.
- Um den Outcome messen und bewerten sowie systematisch sichern und weiterentwickeln zu können, werden methodisch zuverlässige Instrumente, bzw. Indikatoren benötigt.
- Speziell zu dem Thema zur Messung von pflegesensitiven Klientenergebnissen gibt es im deutschsprachigen Raum keine nennenswerte Forschung.
- Es fehlt bislang eine vergleichende, großflächig angelegte und methodisch anspruchsvolle empirische Forschung zur Wirksamkeit von Qualitätssicherungsmaßnahmen, insbesondere zum Outcome der Pflege.

Im Fazit muss man zu der Schlussfolgerung kommen, dass „gute Pflege“ zwar wichtig, aber nicht definiert und evaluiert ist. Bezogen auf die Prüfberichte des MDK bedeutet dies, dass nach wie vor eine Unklarheit darüber besteht, ob und in welchem Maße die eingesetzten Qualitätsindikatoren die allgemein diskutierten methodischen

Gütekriterien als solche Messgrößen erfüllen. Vor allem fehlt die in der Regel als Basis geforderte Prüfung der Evidenzbasierungen. Letztlich ist aufgrund des Mangels an empirischen Testungen der Indikatoren bisher nicht abzuschätzen, inwieweit die Qualität der Versorgung einzelner Leistungsträger oder gar ganzer Versorgungsträger korrekt oder aber fehlerhaft bewertet wird (vgl. hierzu ausführlich Ollenschläger 2007).

Dazu bedarf es hochwertiger Indikatoren, denn wenn aus den Prüfberichten Schlüsse gezogen werden, die für die Versorgungslandschaft insgesamt sowie für den einzelnen Leistungsträger sowohl die Qualität der Leistungserbringung als auch wirtschaftlich belastbar sein sollen, dann müssen diese Bewertungen methodisch auf möglichst *hohem Stand* stehen. Da das System Qualität und entsprechende Bewertungen als Allokationsinstrument für monetäre Zuteilungen inzwischen eine Rolle spielt, sind Qualitätsindikatoren auf methodisch hohem Niveau gefragt und unabdingbar. In Anbetracht dieser Annahmen sollte der aktuellen und nicht unproblematischen Lage im Bereich der Qualitätsbewertungen auf der Basis von Qualitätsindikatoren in Deutschland mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden.

## **2.2 Aussagekraft der Prüfberichte bzgl. Der Bewertungsmatrix: Kritische Würdigung des Erhebungsbogens MDK-Qualitätsprüfung in der stationären Pflege**

Der „Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach § 112, 114, SGB XI in der stationären Pflege“ ist nicht ausdrücklich als Messinstrument oder Assessmentinstrument definiert, jedoch erfüllt er faktisch als Prüfinstrument der Qualität der Pflege und Versorgung in den Pflegeeinrichtungen mit dem Ziel, die Qualität zu verbessern und zu sichern, diese Funktion.

Vor dem Hintergrund neuer Bestrebungen, die Qualitätsberichte zwecks Herstellung von Transparenz der Leistungen zu veröffentlichen (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfwG)), gewinnt die Forderung nach kritischer Würdigung des Prüfinstrumentes eine neue Bedeutung. Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen werden möglicherweise für Nutzerinnen und Nutzer der Einrichtungen und Dienstleistungen eine

Grundlage für die Inanspruchnahme von Dienstleistungen bieten und sie können damit für die Einrichtungen existenzielle Konsequenzen zur Folge haben. Des Weiteren wird auf diese Weise bundesweit eine Auffassung von Pflegequalität festgelegt und veröffentlicht, die für alle weiteren Diskussionen und Maßnahmen von Pflegequalität weitreichende Bedeutung haben kann. Die Autoren des 2. Qualitätsberichtes des MDS sind sich dieser Dimension bewusst und formulieren, dass die Qualitätsprüfung des MDK direkt und indirekt Einfluss auf die Qualität der Pflegeeinrichtungen genommen hat (MDS 2007). Aufgrund der Defizite in der Qualitätsdebatte und Forschung rund um das Thema Pflegequalität in Deutschland, ist es erforderlich, ein so weitreichendes Prüfinstrument einer systematischen Kritik zu unterziehen. Dies vor allem auch deshalb, weil die Folgerichtigkeit der MDK-Empfehlungen in den Prüfberichten auf der Grundlage des Instruments getroffen werden und damit in einem direkten Zusammenhang zu ihm stehen.

### **2.2.1 Kritische Würdigung des Erhebungsbogens: Erfüllung von Gütekriterien**

Als Messinstrument in der Gesundheits- und Pflegeversorgung muss das Prüfinstrument klassischen Gütekriterien genügen, um eine intersubjektiv überprüfbare Grundlage zu geben. Die Qualität eines Instrumentes leitet sich kurz formuliert daraus ab, wie gut es das Phänomen beschreiben kann (Bartholomeyczik/Hunstein 2005:316). In aller Regel müssen sich Messinstrumente an folgenden Kriterien messen lassen (Bartholomeyczik 2006; Bartholomeyczik/Hunstein 2005; LoBiondo-Wood/Haber 2005; Beller 2004; Bortz/Döring 2002):

---

**Konzeptualisierung** Im Vordergrund stehen Fragen nach Auswahl und Begründung der Inhalte, Entwicklung des Instrumentes und Formulierung der Fragen und Items. Des Weiteren interessiert, ob die Begriffe eindeutig und klar formuliert sind und auf Definitionen beruhen. Diese Fragestellungen sind für die Beurteilung eines Instrumentes, das in der Pflege Anwendung findet von hoher Relevanz, da in der Pflege häufig Inhalte lediglich mit einer Praxisrelevanz begründet werden.

**Reliabilität** Die Reliabilität definiert die Verlässlichkeit eines Instrumentes. Es beantwortet die Frage, inwieweit das Instrument bei

wiederholten Messungen die gleichen Ergebnisse anzeigt. Eine Messung ist dann reliabel, wenn sie bei wiederholten Messungen mit der gleichen Skala die gleichen Ergebnisse bringt. Ein reliables Instrument zeichnet sich durch Stabilität, Homogenität und Äquivalenz aus. Mit anderen Worten: ein Instrument ist dann reliabel, wenn es bei wiederholten Messungen die gleichen Ergebnisse (Stabilität) erzielt, alle Items das gleiche Konzept bzw. die gleichen Merkmale messen (Homogenität) und bei Messungen mit äquivalenten Instrumenten zu gleichen Ergebnissen führt (Äquivalenz). Für den Nachweis der Reliabilität werden spezifische Tests durchgeführt.

### **Validität**

Dieses Kriterium fragt danach, ob das Instrument das misst, was es messen soll. Ein Instrument gilt dann als valide, wenn es das Konzept abbildet, das es messen soll. In diesem Falle muss das Prüfinstrument Pflegequalität abbilden und kein anderes Konzept. Dabei wird unterschieden in Inhaltsvalidität, Kriteriumsvalidität und Konstruktvalidität. Eine Inhaltsvalidität ist hergestellt, wenn die im Messinstrument enthaltenen Items genau das Konzept abbilden, was sie messen sollen. Dafür muss das Konzept zunächst definiert und die Dimensionen identifiziert werden, die das Konzept abbilden. Eine Inhaltsvalidität kann beispielsweise durch Expertenpanel oder ähnliche Verfahren hergestellt werden. Die Kriteriumsvalidität wird in Übereinstimmungsvalidität und prognostische Validität unterschieden. Die Übereinstimmungsvalidität bezieht sich darauf, dass Ergebnisse des einen Instrumentes mit Ergebnissen anderer Instrumente verglichen werden und diese Ergebnisse übereinstimmen. Sie ist also der Grad der Korrelation zweier Messungen desselben Konzepts. Die prognostische Validität beschreibt den Grad der Korrelation zwischen der Messung eines Konzepts und einer zukünftigen Messung eines Konzeptes. Die Frage ist also, ob sich ein Instrument zur Prognose des Eintritts

---

eines Ereignisses einsetzen lässt. In aller Regel werden dafür Sensitivität und Spezifität eines Instruments bestimmt. Bei der Konstruktvalidität werden inhaltliche Zusammenhänge mit einem Test überprüft. Der Nachweis von Konstruktvalidität erfordert ein weitreichendes Forschungsprogramm.

### **Messniveau**

Messniveaus werden in Nominal-, Ordinal-, Intervallskala und Rationalskalen unterschieden. Die Zuordnung der Skalenniveaus bestimmt nicht nur den Typ der Statistik für die Analyse, sondern sie spielt auch für die Datenerhebung und Interpretation eine große Rolle. Für eine *Nominalskala* ist entscheidend, dass die Objekte eindeutig nach Gleichheit oder Verschiedenheit eines Merkmals beurteilt werden können (z.B. Variable Geschlecht). Eine *Ordinalskala* stellt empirische Beziehungen für relative Rangfolgen von Objekten her. D.h. man muss für zwei Objekte feststellen können, ob ein Merkmal gleich stark oder verschieden stark ausgeprägt ist. Es ist also eine Rangreihung der Objekte entlang von Merkmalsdimensionen möglich. Die Befragten können Rangfolgen aufstellen. Eine *Intervallskala* zeichnet sich dadurch aus, dass sie als Skala mit gleichen Intervallen zwischen den Zahlen eine Rangfolge von Objekten oder Ereignissen herstellen kann. Bei einer Intervallskala können Differenzen zwischen zwei Merkmalsausprägungen quantifiziert werden. In aller Regel werden gleich große Merkmalsausprägungen durch denselben Betrag ausgedrückt. Eine weitere Möglichkeit sind *Ratingskalen*, die sich insbesondere für eine subjektive Beurteilung durch Personen eignen. Ratingskalen sind sehr gut geeignet, um Merkmalausprägungen zu erfassen. Dafür werden auf einer Skala markierte Abstände angegeben. Bei einer Ratingskala geht man von zwei Annahmen aus. Zunächst wird angenommen, dass Personen die vorgegebenen Stufen als gleich groß beurteilen und die Skala implizit ein Intervallskalenniveau hat. Die



zweite Annahme ist, dass die Befragten die Skalenverankerungen (z.B. sympathisch/unsympathisch) u.Ä. gleich verstehen. Diese beiden Annahmen werden jedoch selten überprüft.

### **Itemanalyse**

Die Art und die Zusammensetzung der Items eines Fragebogens bestimmt die Qualität. Für eine Itemanalyse werden aus einem Itempool von einer Stichprobe (Eichstichprobe) zur Beantwortung gegeben. Die Ergebnisse werden einer statistischen Analyse unterzogen mit dem Ziel unterzogen, ungeeignete Items herauszufiltern und nur jene mit definierten Eigenschaften aufzunehmen. Für die Itemanalyse werden definierte Kennwerte herangezogen (Rohwerte-Verteilung, Itemschwierigkeit, Trennschärfe), die Aussagen machen über die Streuung, die Schwierigkeit beim Ausfüllen und der Trennschärfe der einzelnen Aufgaben im Vergleich mit anderen Aufgaben.

### **Praktikabilität**

Mit der Praktikabilität wird die Praxistauglichkeit eines Instrumentes eingeschätzt. Für die Beurteilung der Praktikabilität sind Fragen nach dem Umfang der Schulungen, nach dem möglichen Zeitumfang beim Einsatz des Instrumentes, der Verständlichkeit der Items, des Layouts der Nutzung von hoher Relevanz.

Sowohl intensive Literatur- und Internetrecherchen als auch die Veröffentlichung des MDS zu den Grundlagen der Begutachtung (MDS 2005) geben keine Hinweise darüber, ob das Prüfinstrument gemäß der skizzierten Kriterien einer Überprüfung unterzogen worden ist.

## **2.2.2 Definition von Pflegequalität als notwendige Voraussetzung**

Eine kritische Überprüfung des Prüfinstrumentes zum Punkt **Konzeptualisierung** lässt ebenfalls einige Fragen offen. Weder die Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen über die Prüfung der in den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und Qualität noch die Prüfanleitung zur Prüfung der Einrichtungen geben eine

Definition von Pflegequalität vor, aus der sich eine Operationalisierung bzw. Ableitung der Items herleiten und begründen ließe. Da jedoch eine einheitliche sowie theorie- und empiriefundierte Definition von Pflegequalität in Deutschland nicht vorliegt, insgesamt der Forschungsstand zum Thema Pflegequalität in Deutschland nicht sehr differenziert ist und ein theoretisch fundierter Bezugsrahmen von Pflegequalität fehlt sowie kaum einheitliche Aussagen über den Einfluss einzelner Indikatoren auf die Pflegequalität vorliegen, ist eine Definition von Pflegequalität als Grundlage des Prüfinstrumentes zur Messung von Pflegequalität von hoher Relevanz. Sie ermöglicht zum einen den Nutzerinnen und Nutzern sowie den Einrichtungen und Berufsgruppen sich an ein Verständnis von Qualität zu orientieren. Zum anderen ist die Ableitung und Definition von Items leichter nachvollziehbar. Überdies ist zu beachten, dass der Qualitätsbegriff insgesamt dynamisch und wertorientiert ist. Es ist problematisch, dass der MDK mit dem Prüfinstrument implizit einen Qualitätsbegriff festlegt, der nicht immer mit dem Verständnis von und über Qualität der Einrichtungen und Heimbewohner sowie Angehörigen übereinstimmen muss (Görres et al. 2006). Der Gesetzgeber hat insgesamt offen gelassen, welches Verständnis von Qualität bzw. von internem Qualitätsmanagement vorliegt (Bieback 2004). Im Gesetz werden die Einrichtungen dazu verpflichtet, interne Qualitätssicherungsmaßnahmen durchzuführen und sich an externen zu beteiligen, ohne dass diese näher benannt werden. Auch die LQV, die als Instrument der Qualitätssicherung zu Stärkung der Eigenverantwortung der Pflegeeinrichtungen mit der Einführung des PQsG eingeführt worden sind, werden zwischen den Vertragsparteien verhandelt. Die LQV ermöglicht Bieback zur Folge, „ein individuell an der jeweiligen Einrichtung orientiertes „Leistungsprogramm“ festzulegen“ (Bieback 2004:21). Die Leistungs- und Qualitätsnachweise, die die Einrichtungen den Pflegekassen nachweisen müssen, sind ein weiteres Kontrollinstrument, das dem Gesetz zur Folge in der Prüfung durch den MDK angemessen zu berücksichtigen sind. Die qualitätsrelevanten Inhalte der Verträge der Pflege- und Krankenkassen sind als Basis den Prüfungen zu Grunde gelegt, dennoch sind diese nicht explizit in den Erhebungsbögen Bestandteil der Prüfung. Es ist demgemäß möglich, dass der MDK auf der Basis der Gesetzesgrundlage Qualitätsprüfungen vorlegt, aber das Verständnis von Qualität zwischen prüfender Institution und geprüfter Institution aufgrund der breiten Interpretationsspielräume in Bezug auf Qualität und Qualitätsmanagement differieren können. Die Praxis der Qualitätssicherung ist offensichtlich in den Einrichtungen sehr

vielfältig, ohne dass diese mit den externen Prüfungsinstrumenten korrespondieren müssen (Bieback 2004). Es ist grundsätzlich möglich, Pflegequalität bspw. unter Maßstäben lebensweltlicher Orientierung aufzufassen oder unter Maßstäben von Qualitätsmanagement mit der Dominanz technischer und medizinischer Standards, welches eher das Verständnis des Gesetzgebers bzw. des MDK widerspiegelt. Hinweise auf diese Problematik gibt der 2. Bericht des MDS zur Qualität in der ambulanten und stationären Pflege (2007). Die Autoren formulieren, dass Einrichtungen, die ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement auf der Basis eines fachlich fundierten Pflegekonzeptes umgesetzt haben, eine höhere Versorgungsqualität nachweisen. Jedoch bleibt sowohl in den Richtlinien als Grundlage der MDK-Qualitätsprüfungen wie auch im 2. Qualitätsbericht selbst unklar, was ein fachlich fundiertes Qualitätsmanagementsystem charakterisiert. Es stellen sich die Fragen, welche Zusammenhänge zwischen einem vorhandenen Qualitätsmanagementsystem und möglichen besseren Outcomes in der MDK-Qualitätsprüfung zu erkennen sind, was diese Qualitätsmanagementsysteme auszeichnet und ob sich diese möglicherweise eher an den MDK-Prüfrichtlinien ausrichten und aus diesem Grund zu besseren Ergebnissen gelangen.

### **2.2.3 Ergebnisqualität in den Prüfberichten: Probleme der Zufriedenheitsmessung**

Darüber hinaus ist eine präzisere Definition der Items möglich, so dass die Abbildung von Pflegequalität auf der Basis der vorgegebenen Definition besser erreichbar wird. Berücksichtigt werden muss jedoch auch, dass kaum Erkenntnisse über Indikatoren von Ergebnisqualität in der Pflege vorliegen, so dass in der Entwicklung, Umsetzung und Beurteilung des Teils Ergebnisqualität im Prüfinstrument besondere Beachtung geschenkt werden muss. Es ist zu erkennen, dass das Prüfinstrument sich an der herkömmlichen Struktur der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität<sup>1</sup> sowie an den Vorschlägen zur Überprüfung von Pflegequalität beispielsweise des „Runden Tisches

---

<sup>1</sup> Struktur- und Prozessqualität umfassen folgende Items zu: Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung, Allgemeine Angaben, Aufbauorganisation und Personal, Ablauforganisation, Konzeptionelle Grundlagen, Qualitätsmanagement, Pflegedokumentationssystem, Hygiene, Verpflegung, Soziale Betreuung; Prozess- und Ergebnisqualität umfassen Items zu Allgemeine Angaben, Bewohnerzufriedenheit, Ist-Erhebung der Pflegesituation unter Berücksichtigung der aktuellen Pflegedokumentation, Umsetzung des Pflegeprozesses und Pflegedokumentation, Behandlungspflege, Bewohnerbezogene Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität (MDS 2005).

Pflege“ orientiert. Allerdings umfassen die Empfehlungen und Forderungen des Runden Tisches weitere Kriterien, die über die Prüfrichtlinien des MDK hinausgehen und vor allem qualitative Aspekte umfassen wie bspw. die Würde und Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner in den Mittelpunkt jeglichen Handelns zu stellen oder Maßnahmen und Konzepte in den Einrichtungen umzusetzen, die in einem hohen Maße den Lebensgewohnheiten der Bewohner/Innen oder Versicherte entsprechen oder dass jegliches Handeln darauf ausgerichtet wird, dass hilfe- und pflegebedürftige Menschen entsprechend ihren Fähigkeiten und Bedürfnissen ein selbstbestimmtes und selbständiges Leben führen können und Präventions- und Rehabilitationsmöglichkeiten für sie erschlossen werden (DZA 2005).

Die Reihenfolge der Items zum Thema Prozess- und Ergebnisqualität ist jedoch nicht ganz nachvollziehbar. Es ist fraglich, aus welchen Gründen im Erhebungsbogen zum Thema Prozess- und Ergebnisqualität nach den allgemeinen Angaben zum Bewohner oder Versicherte sich sogleich die Bewohner- oder Versichertenzufriedenheit anschließt. Die Forschungslage zeigt vielmehr, dass Zufriedenheit von Nutzerinnen und Nutzern von gesundheitlichen und pflegerischen Dienstleistungen nicht mit der Qualität von Pflege assoziiert (Reutlinger 2001; BMFSJF 2006). Wingenfeld kritisiert an Zufriedenheitsbefragungen, dass die Befragten in fremde Kategorien gezwängt werden. In seiner Studie haben die Interviewten nur selten den Begriff „zufrieden“ oder „Zufriedenheit“ benutzt. Die Zufriedenheitsäußerungen bezogen sich mehr auf Lebenssituation, Lebensverlauf, Weltgeschehen, Pflegedienst im Allgemeinen, Pflegekräfte und andere Leistungserbringer. Er schlussfolgert aus seinen Ergebnissen, dass Zufriedenheit keine Kategorie zu sein scheint, die die Befragten heranziehen, um die pflegerische Versorgung zu beurteilen. Zufriedenheit sei kein verlässlicher Weg, um Beurteilungen abzubilden (Wingenfeld 2003). Ferner ist nur wenig über relevante Qualitätskriterien aus Sicht der Bewohnerinnen und Bewohner bekannt. Erste Ergebnisse liefern Josat et al. (2006) mit einer internationalen und nationalen systematischen Übersichtsarbeit. Demnach sind Qualitätskriterien wie autonome Lebensführung, Selbstbestimmung, soziale Kontakte zu Mitbewohnern, Familien und Pflegenden, individuellen Betreuung und Versorgung, kompetentes, freundliches und emphatisches Personal sowie Lage und Ausstattung aus Sicht von Heimbewohnern und –bewohnerinnen von hoher Relevanz. Angehörige hingegen stellen Qualitätskriterien, welche die Versorgung betreffen wie Art und Weise der Versorgung und die pflegerische wie hauswirtschaftliche Versorgung an die erste

Stelle. Den Ergebnissen der Übersichtsarbeit zur Folge ist den Angehörigen wichtig, dass die Atmosphäre familiär und eine selbständige Lebensführung möglich ist. Weitere Qualitätskriterien aus Sicht der Angehörigen betreffen das Personal, das kompetent, verantwortungsvoll und in ausreichender Zahl vorhanden sein soll. Für die Angehörigen sind Lage und Ausstattung des Heimes wie Wohnortnähe und Zimmerausstattung sowie Wohlfühlen der Angehörigen in der Institution weitere relevante Qualitätskriterien. Die Entstehung der Qualitätskriterien hängt offensichtlich mit der Biografie sowie mit den Lebenserfahrungen, den Erinnerungen und der Persönlichkeit zusammen. Problematisch ist darüber hinaus, dass altersbezogene Unterschiede die Bewertung von Qualität beeinflussen. Untersuchungen weisen daraufhin, dass ältere Menschen eine höhere Tendenz haben, sozial erwünscht zu antworten (Knäuper/Schwarz/Park 2002; Kelle/Niggemann 2002). Dies trifft insbesondere auf Fragen zu, die eine hohe subjektive Bedeutung haben. Ältere Menschen in Heimen sind eher zurückhaltend, wenn es um die Bewertung der gesundheitlichen und allgemeinen Versorgung geht. Es ist die Tendenz zu erkennen, dass ältere Menschen in Heimen auf Fragen der Zufriedenheit sehr angepasst, bescheiden und obrigkeitshörig reagieren (Kelle/Niggemann 2002). Möglicherweise hängt dieses Antwortverhalten mit der Angst vor Repressalien und Sanktionen zusammen. Die Komplexität sozial erwünschten Antwortverhaltens wird dadurch erhöht, dass diese eher bei älteren Menschen mit geringerem sozialen Status zu finden sind (BMFSJF 2006). Zu berücksichtigen sind auch altersbezogene Unterschiede im Beantwortungsprozess. Studien weisen bspw. darauf hin, dass ältere Menschen mit reduzierten kognitiven Funktionen Probleme haben, komplexe Fragen zu verstehen und korrekt zu beantworten. Die Wahl der Kategorie „Weiß nicht“ nimmt in diesem Falle zu. Dabei muss beachtet werden, dass insbesondere ältere Menschen in Heimen von physiologischen Abbauprozessen und Verlusten kognitiver Leistungsfähigkeit betroffen sind. Eine Verzerrung bei einem Vergleich der Antworten zwischen verschiedenen Altersgruppen ist aus diesem Grunde sehr wahrscheinlich (Kelle/Niggemann 2002). Die Frage jedoch, welches die relevanten Qualitätskriterien sind und welche Determinanten die Zufriedenheit beeinflussen, muss noch beantwortet werden (Roth 2001). Darüber hinaus ist zu beachten, dass insgesamt in der Gesundheits- und Pflegeversorgung die Evidenzlage sowohl für Bewohner- und Versichertenzufriedenheit wie auch für Lebensqualität nicht gut ist. Es ist schwierig festzulegen, welche Anteile der Lebensqualität und der privaten Lebens-

führung der Betroffenen zuzurechnen ist (BMFSJF 2006; Selbmann 2007). Befragte Heimbewohner äußern häufiger Zufriedenheit über ihr gelebtes Leben als über die Einrichtung (BMFSJF 2006). Mit anderen Worten, die Ergebnisse der Bewohnerzufriedenheit können nicht unmittelbar Aussagen über die Qualität der Einrichtungen geben (Dozier et al. 2001; Roth 2001; Schönberg 2005). Wird eine Zufriedenheitsbefragung in Betracht gezogen, so empfiehlt Schönberg, die Bewohnerbefragung der Fluktuation der Heime anzupassen, da eine Bewohnerbefragung lediglich eine Momentaufnahme darstellt. Für ein Benchmarking sei es darüber hinaus notwendig, die Daten durch Bildung von Indizes auf der Grundlage von Expertenwissen zu objektivieren. Schönberg problematisiert darüber hinaus die Stellvertreterbefragung, da mögliche Fehleinschätzungen die Folge sein können. Ferner empfiehlt sie, nicht nur nach Bewertungen und Wünschen zu fragen, sondern auch nach der Bedeutung und daraus eine Hierarchisierung zu bilden. Sie betont, dass mit Bewohnerbefragungen die subjektive Perspektive erhoben werden kann und ein Rückschluss auf objektive Einrichtungsmerkmale nicht möglich ist (Schönberg 2005). Möglicherweise ist eine standardisierte und validierte Erhebung von Lebensqualität in diesem Zusammenhang angemessener. Allerdings gibt es über die Lebensqualität von Heimbewohnern kaum Befunde (Schönberg 2005). Es gibt Erkenntnisse, die darauf hinweisen, dass Heimbewohner eine niedrige Lebensqualität haben. Auch führen Studienergebnissen zu Folge Einschätzungen der Lebensqualität durch Dritte eher zu Fehleinschätzungen. Die vielfältigen Bemühungen zur Steigerung und Verbesserung von Lebensqualität in Heimen stellen offensichtlich bislang erst Facetten dar und entbehren systematischer Erkenntnisse (Schönberg 2005). Kelle/Niggemann weisen aufgrund ihrer Ergebnisse daraufhin, dass qualitative Interviewmethoden mit narrativen Elementen am besten dazu geeignet sind, die Tendenzen sozial erwünschten Antwortverhaltens zu durchbrechen. Im Laufe des Interviews kann zum einen eine größere Vertrautheit erreicht werden und zum anderen eine defensive und abweisende Haltung zu durchbrechen. Die Interviewten werden eher dazu verleitet, auch negative Ereignisse zu berichten. Die qualitativen Methoden haben darüber hinaus den Vorteil, dass die Interviewten ihre eigenen Relevanzpunkte für die Beurteilung der Qualität von Dienstleistungen nennen können (Kelle/Niggemann 2002).

## 2.2.4 Die Aktualität und Präzision der Items in den Prüfberichten

Aus der Prüfanleitung zum Erhebungsbogen zur Prüfung der Prozess- und Ergebnisqualität ist zu entnehmen, dass ein Teil der Itembildung in der Prozess- und Ergebnisqualität auf der Basis von Literaturlauswertungen durchgeführt worden ist. Es entsteht jedoch teilweise der Eindruck, dass die aktuelle Forschungslage für die Itembildung nicht berücksichtigt worden ist. Die Literaturangaben beziehen sich ausschließlich auf deutschsprachige Literatur, so dass nicht davon ausgegangen werden kann, dass der State of the Art, berücksichtigt worden ist, der systematisch den internationalen Forschungsstand abbildet. Zum Thema Wundmanagement und Ulcus Cruris (Item 15.6) zeigt eine erste Literaturrecherche folgende weitere relevante Literatur Laherty et al 1997, Hampton 2004, Voggenreiter & Dold 2004, Panfil 2004, Hess 2005 und als neuere Publikationen Price et al 2007, Garcia & Thomas 2006, Brown 2006 zum Thema Schmerz (Item 13.7 und 16.7) Davis & Srivastava 2003, Müller-Mundt et al. 2000. Des Weiteren sind an keiner Stelle Angaben über die Suchstrategie wie auch nicht über die Auswahl der zu Grunde gelegten Literatur zu finden. In den Quellen sind keine systematischen Übersichtsarbeiten enthalten, die einen sehr guten Überblick über den aktuellen Stand der Forschung zu bestimmten Themen geben und insbesondere für Itembildungen und deren Begründungen sehr gut geeignet sind. Bei einigen Items wurde an passender Stelle die zum Zeitpunkt der Entwicklung des Prüfinstrumentes vorhandenen Expertenstandards des DNQP angegeben. Für einige Items werden MDS-eigene Stellungnahmen zu Grunde gelegt (z.B. Item 13, Item 14, Item 16), so dass der Eindruck einer Selbstreferentialität entsteht.

Einige Itemformulierungen erscheinen nicht präzise und deutlich, so dass infolgedessen viel Interpretationsspielraum für die Bedeutung der Items bleibt. Exemplarisch kann Item 13.2 (Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung) vorgestellt werden. Der Ernährungszustand wird am Gewicht und am BMI gemessen. Als Variablen für den Ernährungszustand werden angegeben: übergewichtig, gut, Risikobereich zum Untergewicht, untergewichtig. Die Variable „gut“ ist in ihrer Bedeutung vielschichtig und lässt Raum für Interpretation. Die vorliegenden Qualitätsberichte deuten auf diese Problematik hin. Es lassen sich Formulierungen finden wie „Mit einem aktuellen Body-Mass-Index von 20,32 befindet sich der Bewohner im Risikobereich zum Untergewicht“ oder „Mit einem aktuellen Body-Mass-Index von 17,53 (bei 46 kg Körpergewicht) besteht ein Untergewicht“. Darüber hinaus ist die Variable BMI kritikwürdig,

da sie als nicht valide gilt und für eine alleinige Bewertung des Ernährungszustandes insbesondere bei älteren Menschen nicht ausreicht (Bartholomeyczik et al 2005). Beispielsweise können Ödeme oder eine erhöhte Fettmasse über Ernährungsdefizite hinwegtäuschen, da der BMI einen erstrebenswerten Wert vorgibt. Desgleichen muss ein niedriger BMI nicht zwingend auf eine Mangelernährung hinweisen, wenn eine bedarfsdeckende Nährstoffversorgung gewährleistet ist. Darüber hinaus hängt die Aussagekraft des BMI von sehr zuverlässigen Größen- und Gewichtsangaben ab. Insbesondere können Mobilitätseinschränkungen und Veränderungen des Bewegungsapparates die Messungen erschweren und die Aussagekraft verfälschen. Der BMI wird als angemessen für Situationen betrachtet, die nicht durch besondere Umstände geprägt sind wie das hohe Alter, extreme Körperveränderungen, Ödeme u.Ä. und sollte im Alter nicht als einziger Parameter zur Beurteilung des Ernährungszustandes herangezogen werden (Bartholomeyczik et al 2005; Volkert 2006). Die oben genannten Beispiele aus den Qualitätsberichten gehen nicht auf mögliche beeinflussende Faktoren und Variablen ein, die einen Einfluss auf den BMI bei den begutachteten älteren und pflegebedürftigen Menschen haben könnten. Diese sind für eine umfassende Beurteilung der Ernährungs- und Flüssigkeitssituation von hoher Notwendigkeit und zeigen, dass es von hoher Relevanz ist, die gesamte Situation der Heimbewohner zu einzubeziehen. Eine internationale systematische Übersichtsarbeit empfiehlt, den MNA (Mini Nutritional Assessment) insbesondere für den Ernährungszustand älterer Menschen heranzuziehen. Dem Autor zur Folge ist es ein reliables Instrument mit deutlichen Hinweisen für mögliche Interventionen und kann von allen Gesundheitsberufen angewendet werden (Guigoz 2006). Zu ähnlichen Schlussfolgerungen kommen Hackl et al. (2006) in ihrer Studie zur Prävalenz der Mangelernährung bei alten Menschen mit MNA als Assessmentinstrument und Savina et al (2003), die MNA im Vergleich mit dem AHSP-Fragebogen untersucht haben. Letztere betrachten MNA als zurzeit das zuverlässigste Messinstrument, um bei älteren Menschen Mangelernährung festzustellen. Barone et al. (2003) bestätigen diese Aussage mit den Ergebnissen ihrer Studie. In ihrer Studie war ein herausragendes Ergebnis, dass MNA sehr gut in der Lage ist, unterernährte ältere Menschen zu identifizieren und auch im Zeitverlauf gut einsetzbar ist, um Maßnahmen von Interventionen zu evaluieren.

Die Flüssigkeitsversorgung wird mit Parametern wie unauffällig, konzentrierter Urin, trockene Schleimhäute, stehende Hautfalten, kein Speichelsee unter der Zunge defi-



niert. Abgesehen von der Problematik, dass überwiegend unsichere Exsikosezeichen als Messwerte dienen, erscheint die Wahl der Variablen insbesondere in der Beurteilung älterer und hochaltriger Menschen als schwierig. Beispielsweise ist die Variable unauffällig sehr interpretationsbedürftig, da sich die gültigen Richtwerte an physiologische Verhältnisse junger Erwachsener richten. Bislang fehlen angemessene Parameter für die Bewertung des Ernährungs- und Flüssigkeitszustandes älterer Menschen (Bartholomeyczik et al. 2005). Deshalb leisten folgende Qualitätsmaßnahmen in den vorliegenden Qualitätsberichten keinen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung des Ernährungs- und Flüssigkeitszustandes: „Zur Ernährung und Flüssigkeitszufuhr liegen verschiedene, frei gegebene schriftliche Regelungen vor: u.a. die Pflegerichtlinien „Flüssigkeitszufuhr bei alten Menschen“ und „Nahrungsaufnahme / völlige Übernahme“ sowie das „Verpflegungskonzept“ und „Getränkekonzept“. Niedrigschwellige Trinkmengenkontrollen werden jetzt nachvollziehbar in Form von Strichlisten sowohl für die BewohnerInnen, die sich die Getränke selber holen, wie auch für die BewohnerInnen, die Getränkeflaschen in die Zimmer verteilt bekommen, geführt“. Als ein weiteres Beispiel kann Item 14.7 angeführt werden. Dieses Item erfragt, ob bei der Pflegeplanung die individuelle soziale Betreuung berücksichtigt wird. Der Terminus soziale Betreuung ist in seiner Reichweite interpretationswürdig und lässt für die Beurteilung viel Spielraum. In den zu begutachtenden Qualitätsberichten lassen sich Hinweise auf dieses Problem finden. So wird in einem Beispiel formuliert: „Im Pflegeplan waren die Ressourcen und Fähigkeiten aufgenommen worden. Es waren allgemeine Ziele formuliert worden. Handlungsleitende Maßnahmen wurden nicht geplant. (...) Außerdem fehlte der entscheidende Hinweis, dass für die soziale Betreuung schwerpunktmäßig eine Ergotherapeutin zuständig ist. Ein ausführlicher Tagesbericht der Ergotherapeutin lag vor. In diesem wurden für die Maßnahmen überprüfbare Ziele formuliert und Ergebnisse der Maßnahmen dokumentiert“. Der Gutachter bleibt in diesem Beispiel sehr in der Deskription. Es wird nicht deutlich, welches Ideal für eine angemessene soziale Betreuung erreicht werden sollte und welche Maßnahmen darunter subsumiert werden können. Für den Leser erschließt sich in diesem Falle nicht, zu welcher Bewertung der Gutachter auf welcher Grundlage kommt und welche Maßnahmen erwartet werden.

In den Items 15 und 16 wird nach dem sachgerechten Umgang behandlungspflegerischer Maßnahmen gefragt wie Umgang mit Medikamenten, Umgang mit Dekubitus, Umgang mit Kompressionsstrümpfen u. ä. Der Terminus sachgerecht ist in seiner

Bedeutung sehr vielfältig. Es ist vorstellbar, dass abhängig vom Gutachter in der Qualitätsprüfung und seinem Wissensstand diese Items unterschiedlich bewertet werden. Erschwerend kommt hinzu, dass diese Items fast ausschließlich nur dichotom beantwortet werden können, so dass eine differenzierte Beurteilung nicht möglich wird. Des Weiteren fällt in der Auflistung der Items auf, dass kaum Items formuliert sind, die das Ergebnis aktiver und präventiver pflegerischer und nicht-ärztlicher Maßnahmen aufnehmen. Der überwiegende Teil der Items zur Prozess- und Ergebnisqualität haben Beurteilungen zu Defiziten in der körperlichen Versorgung (Item 13), der Pflegedokumentation (Item 14) und der Behandlungspflege (Item 15) sowie der bewohnerbezogenen Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität zum Inhalt (wie sachgerechter Umgang mit Dekubitus, mit Inkontinenz, mit Blasenkatheter u. ä.). In den Items spiegelt sich demgemäß ein eher funktionalistisch und zweckrational orientiertes Verständnis von Pflegequalität wieder. Klienten- und Umweltmerkmale sowie Merkmale zum psychosozialen Status, Funktionsstatus oder Wohlbefinden u.Ä. sind nicht systematisch aufgenommen. Dabei weisen Forschungen daraufhin, dass Pflegebedürftige und Angehörige Pflegequalität an Determinanten wie beispielweise Wohlbefinden festmachen (Lamura et al. 2007).

### **2.2.5 Stichprobengröße, Reliabilität, Validität und Praktikabilität**

Die „Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen über die Prüfung der in den Pflegeeinrichtung erbrachten Leistungen und deren Qualität“ legen in Abs. 4 die Stichprobengröße fest. Die festgelegte Größe von 5 Bewohnern/innen oder Versicherte bei Einrichtungen mit nicht mehr als 50 Bewohnern/innen und von 10% bei Einrichtungen mit mehr als 50 Bewohnern/innen oder Versicherte wird nicht begründet. In der MDK-Prüfanleitung werden die Einschlusskriterien formuliert. Es wird ersichtlich, dass diese sinnvollerweise eine möglichst große Vielfalt der möglichen Bewohner/innen oder Versicherte abdecken wollen. Die Kriterienvielfalt erschwert jedoch insbesondere bei Einrichtungen mit weniger als 50 Personen eine Auswahl geeigneter Probandinnen und Probanden. Darüber hinaus wird die Vergleichbarkeit der Ergebnisse der einzelnen Qualitätsprüfungen durch diese Vielfalt erschwert, da möglicherweise von Einrichtung zu Einrichtung sich die Stichprobe unterscheiden kann.

Eine willkürliche und subjektive geprägte Auswahl in der Prüfsituation vor Ort kann zu Verzerrungen führen und damit eine Vergleichbarkeit erschweren.

Aufgrund der nicht vorhandenen Veröffentlichungen zu den Gütekriterien des Prüfinstrumentes kann zudem angenommen werden, dass das Instrument nicht auf **Reliabilität, Validität** und **Praktikabilität** geprüft worden ist. Mit anderen Worten: es können zum einen keine systematischen Aussagen über die Güte und Qualität des Instrumentes getroffen werden. Zum anderen ist nicht gesichert, dass mit diesem Instrument das Phänomen Qualität sicher abgebildet ist und Pflegequalität valide und reliabel gemessen wird. Da dieses Prüfinstrument ein sehr wichtiges Phänomen der pflegerischen Versorgung mit weit reichenden Konsequenzen sowohl für die Einrichtungen als auch für die Nutzerinnen und Nutzer und Entscheidungsträger misst, besteht in diesem Punkt systematischer Klärungsbedarf. Das Instrument wird in unterschiedlichsten Regionen Deutschland von unterschiedlichsten Personen zu unterschiedlichsten Zeitpunkten eingesetzt, so dass die Frage der Reliabilität und Validität von hoher Bedeutung ist. Es ist von Relevanz, ob verschiedene Prüfer in der gleichen Prüfsituation zu dem gleichen Prüfergebnis kommen (Interrater-Reliabilität) oder ob die gleiche Prüfsituation zu verschiedenen Zeitpunkten gleich erfasst wird (Test-Retest-Reliabilität), insbesondere wenn eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse hergestellt und die Qualitätsberichte veröffentlicht werden sollen.

Des Weiteren ist nicht zu eruieren, ob eine **Itemanalyse** vorgenommen wurde. Da die systematische Auswahl der Items mit Hilfe einer Itemenanalyse unter anderem die Qualität eines Messinstrumentes definiert, erscheint es sinnvoll, dieses Verfahren auch für das Instrument der Qualitätsprüfung anzuwenden. Angesichts der Problematik, dass Pflegequalität respektive Ergebnisqualität und deren Indikatoren noch nicht umfassend empirisch untersucht und definiert sind, erscheint eine Analyse, die ungeeignete Items herausfiltert und nur diejenigen aufnimmt, die das Merkmal bzw. Phänomen tatsächlich messen, sinnvoll. Auch fehlt eine Begründung für die Auswahl der Items, die ggf. das Verständnis von Pflegequalität aus Sicht des MDK sowie die Operationalisierung des Begriffes transparent und nachvollziehbarer machen. Beispielsweise wird nicht deutlich, aus welchen Gründen in Item 15 der sachgerechte Umgang mit Medikamenten, der sachgerechte Umgang mit Kompressionsstrümpfen oder mit Trachealkanülen/Absaugen oder chronischen Wunden oder in Item 16 der

sachgerechte Umgang mit Dekubitusgefahr, mit dem sachgerechten Umgang mit Inkontinenz und Blasenkatheter u.Ä. erfragt werden und ausgewählt wurden.

Die **Messniveaus** sind insbesondere im Bereich der Prozess- und Ergebnisqualität wenig differenziert. Bis auf die Zufriedenheitsbefragung sind diese eher dichotom angelegt und lassen somit keine differenzierte Bewertung zu. Das heißt, im Prüfinstrument dominieren überwiegend nominalskalierte Skalen oder Ratingskalen. Da für nominalskalierte Skalen entscheidend ist, ob eindeutig nach Gleichheit oder Verschiedenheit eines Merkmals beurteilt werden kann. Fraglich ist, ob diese für alle Items im Bereich der Ergebnis- und Prozessqualität angemessen sind. Diese Frage betrifft vor allem die Items 16.1-16.14, die nach bewohnerbezogenen Aspekten der Prozess- und Ergebnisqualität fragen. Der Nachteil von Ratingskalen ist, dass sie wenig Raum für eine objektive Erfassung von Pflegequalität geben, da sie per definitionem viel Raum für subjektive Beurteilungen lassen. Anzumerken bleibt, dass im Prüfinstrument ein Soll-Ergebnis fehlt, der mit dem Ist-Zustand der Qualitätsprüfung verglichen werden kann. Aus dem Erhebungsbogen wird nicht deutlich, welches Ergebnis für eine gute Qualität erreicht werden soll, um ein gutes Prüfergebnis zu erzielen. Der Soll-Zustand wird beispielsweise durch die Formulierung von messbaren Qualitätszielen definiert, den dem der Ist-Zustand gemessen wird (Ollenschläger 2007). Dem Prüfinstrument liegt kein Qualitätsbegriff zugrunde, der intersubjektiv nachvollziehbar ist. Qualität wird ohne einen übergeordneten und leitenden Qualitätsbegriff an Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festgemacht. Widersprüchlich ist dabei, dass der Gesetzgeber den Einrichtungen auf der einen Seite Freiräume für Qualitätssicherung bzw. Qualitätsmanagementsystemen einen Handlungsspielraum lässt (Bieback 2004) und auf der anderen Seite mit einem impliziten Begriffsverständnis die Qualität überprüft und deren Ergebnisse in Berichten kumulativ veröffentlicht.

### **2.2.6 Zwischenfazit**

Augenscheinlich liegen keine Studien bzw. Ergebnisse vor, die Aussagen über die Qualität des Prüfinstrumentes machen. Demgemäß ist fraglich, ob das vorliegend Messinstrument das Phänomen Pflegequalität in der notwendigen Qualität und auf

der Basis von systematischen Ergebnissen misst. Festzuhalten gilt, dass der Prüfkatalog der MDKn wenig pflegewissenschaftlich fundiert und nicht ausreichend den Gütekriterien der Objektivität und Reliabilität entspricht. Vor allem die starke Orientierung an Kriterien der Struktur- und Prozessqualität bilden nicht die tatsächliche Qualität der Versorgung i.S. einer Ergebnisqualität ab.

Das Prüfinstrument orientiert sich in seinem Grundaufbau an der üblichen Strukturierung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, die in ihrer monokausalen Handhabung eher als reduktionistisch zu betrachten ist. Die Aussagekraft vor allem zur Ergebnisqualität in den vorliegenden Prüfberichten sowie die Empfehlungen des MDK können erst dann angemessen beantwortet werden, wenn Qualitätsprüfungen auf systematisch nachvollziehbarer Grundlage vorliegen.

Vor allem zur Messung von Ergebnisqualität in der Pflege sind methodisch gut entwickelte Qualitätsindikatoren notwendig, deren Ausprägungen eine Unterscheidung zwischen guter und schlechter Qualität sowie Strukturen, Prozesse und/oder Ergebnisse der Versorgung ermöglichen. Mit Qualitätsindikatoren wird die aktuelle Versorgungsqualität bestimmt und deren Übereinstimmung mit vorab festgelegten Sollwerten überprüft. Unzureichende Qualitätsindikatoren können zu falsch positiven oder negativen Urteilen führen und somit das Bild einer Verschlechterung der Versorgungsqualität erzeugen. Derzeit besteht das Problem in Deutschland, dass Qualitätsindikatoren von unterschiedlichen Akteuren mit nicht immer methodisch gesicherten Instrumenten entwickelt und eingesetzt werden. Mit anderen Worten, die Indikatoren und die Instrumente sind häufig nicht getestet, so dass fraglich bleibt, inwieweit die Qualität der Versorgung einzelner Leistungsträger oder gar einzelner Versorgungsträger angemessen bewertet werden. Zudem lassen die Prüfberichte lassen in ihrer Bewertung insgesamt ein hohes Maß an Subjektivität der jeweiligen Verfasser erkennen, was unter anderem daran liegt, dass die Reliabilität und Validität im Prüfverfahren bis heute nicht eindeutig nachgewiesen ist.

Dem Prüfinstrument wird keine Definition von Pflegequalität zu Grunde gelegt. Dies schlägt sich u.a. auch in der eingeschränkten Aktualität und Präzision in den Items der Prüfberichte nieder. Eine systematische Analyse des Instrumentes führt zu der Frage, ob das Messinstrument das Phänomen Pflegequalität, respektive Ergebnisqualität, in der notwendigen Qualität und auf der Basis von systematischen Ergeb-

nissen misst. Darüber hinaus fehlt der Einbezug der Zufriedenheit der Mitarbeiter in den Einrichtungen, der in der Debatte um Qualitätssicherung und -entwicklung sowie -messung als ein nicht zu verachtender Einflussfaktor auf Qualität in der Pflege betrachtet wird. Dagegen weisen die in den Prüfberichten integrierten Aspekte der Klienten- bzw. Bewohnerzufriedenheit auf grundlegende Probleme der Zufriedenheitsmessung hin, die das Instrument nicht befriedigend zu lösen vermag.

Dies vor allem deshalb, weil eine diesbezügliche Qualität nicht nur aus einer technischen Dimension besteht, sondern auch aus einer interpersonellen, die als Vehikel der technischen Pflegehandlungen und als erfolgsbestimmend für Effizienz und Effektivität in der gesundheitlichen Versorgung zu verstehen ist (Donabedian 1966; Reutlinger 2001). In der derzeitigen Fassung des Prüfinstrumentes wird der interpersonale Aspekt nicht explizit erfasst. Es besteht die Gefahr, dass die interpersonale Beziehung als eine sehr wichtige Dimension von Pflegequalität verloren geht (Reutlinger 2001). Bereits Donabedian hat auf die Gefahr der des Verlustes einer professionellen Qualität in der Gesundheitsversorgung hingewiesen, wenn sich die Qualitätsprüfungen der medizinischen und pflegerischen Bereiche ebenso wie die entsprechenden Schlussfolgerungen nur auf messbare Parameter fokussieren (Donabedian 1966).

Es fehlen relevante Merkmale und Variablen von Pflegequalität, die beispielsweise auf Klienten (z.B. soziale Faktoren, Umsetzung milieuthérapeutischer Maßnahmen, Lebensqualität, Autonomie, Selbstbestimmung, Information, Anleitung, Beratung, Angehörigenbetreuung), Umwelten (z.B. interdisziplinäre Standards, Einbezug anderer Gesundheitsberufe) und messbaren Outcomes der Klienten (Einbezug standardisierter Messinstrumente wie z.B. das Geriatriische Basisassessment zur Beurteilung von Ernährung, Mobilität, Depressionsstatus u. ä.) orientiert sind

## **2.3 Aussagekraft der Prüfberichte bezüglich der vom MDK festgestellten Mängel**

Gemäß § 52 Abs. 1 SGB XI beauftragen die Landesverbände der Pflegekassen den Medizinischen Dienst der Kassen, anlassbezogene Prüfungen, Stichprobenprüfungen oder vergleichende Prüfungen nach § 112 Abs. 3 SGB XI sowie Überprüfungen der nach § 115 Abs. 2 SGB XI festgelegten Maßnahmen (Evaluationsprüfungen) durchzuführen (MDS 2005). Gegenstand der Prüfung sind die im Prüfauftrag beschriebenen Prüfgegenstände. Die Prüfungen erfolgen auf der Basis der

- Qualitätsmaßnahmen nach § 80 SGB XI,
- qualitätsrelevanten Inhalte der Verträge der Pflege- und Krankenkassen mit der jeweiligen Einrichtung,
- Richtlinien zur Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 Nr. 1 SGB V,
- für den einzelnen Prüfbereich allgemein anerkannten medizinisch-pflegerischen Standards.

Hinsichtlich der Hygieneanforderungen ist die Verhinderung nosokomialer Infektionen zu überprüfen, bei ambulanten Pflegediensten zusätzlich, ob die Empfehlungen der beim Robert-Koch-Institut eingerichteten Kommission für den Bereich der Infektionsprävention eingehalten werden.

Der Erhebungsbogen zur Qualitätsprüfung nach den §§ 112, 114 SGB XI ist hinsichtlich Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gegliedert. Die Prüfung der Qualität erfolgt durch Erhebungen in der Pflegeeinrichtung. Dabei werden folgende Aspekte beurteilt: Angaben zur Einrichtung, allgemeine Angaben, Aufbauorganisation Personal, Ablauforganisation, konzeptionelle Grundlagen, Qualitätsmanagement, Pflegedokumentation, Hygiene, Verpflegung und soziale Betreuung. Die fachliche Bewertung der Versorgung im Bereich Prozess- und Ergebnisqualität umfasst die Erhebung des Pflegezustandes, den Umgang mit konkreten Pflegeproblemen sowie eine Zufriedenheitserhebung der Bewohner oder Versicherten. Nach Abschluss der Prüfung wird auf der Grundlage der Qualitätsprüfungen ein Prüfbericht erstellt.

### **2.3.1 Kritische Würdigung der MDK- Qualitätsprüfberichte**

Nach den Richtlinien des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. muss der Prüfbericht ein differenziertes Ergebnis in Form eines Stärken-Schwächen-Profiles enthalten. Die Ergebnisse der individuellen bewohner- oder versichertenbezogenen Qualitätsprüfungen müssen je Leistungsbezieher entsprechend der Kapitel im Erhebungsbogen zusammenfassend schriftlich festgehalten werden. Damit der Prüfbericht für eine Bescheiderteilung durch die Landesverbände der Pflegekassen sowie für eventuelle Sozialgerichtsverfahren als Grundlage dienen kann, muss aus dem Bericht eine konkrete und zweifelsfrei nachvollziehbare Benennung von festgestellten Qualitätsdefiziten hervorgehen. Im Fall von festgestellten Defiziten oder identifizierten Verbesserungspotenzialen sind mit Prioritäten zu versehenen Empfehlungen samt Fristvorschlägen herauszuarbeiten und zu dokumentieren (MDS 2005). Somit ergeben sich folgende Aspekte für einen Prüfbericht. Er muss

- klar strukturiert und inhaltlich aussagekräftig („differenziert“) sein,
- das Stärken-Schwächen-Profil der Pflegeeinrichtung herausarbeiten,
- eine zusammenfassende Präsentation der Ergebnisse der Versicherten- und Bewohnerbefragungen enthalten,
- Empfehlungen zum Auflagenbescheid beinhalten sowie
- die Lesbarkeit für Dritte gewährleisten.

### **2.3.2 Untersuchung der Prüfberichte**

In die Analyse wurden sieben Berichte von stationären und fünf von ambulanten Einrichtungen einbezogen. Es handelt sich hierbei um eine convenience Stichprobe. Bei den Prüfungen handelt es sich um acht Wiederholungsprüfungen bzw. angemeldete und unangemeldete Einzelprüfungen und um zwei unangemeldete Stichprobenprüfungen. Bei zwei weiteren Berichten ist die Prüffart unklar. Handelt es sich dabei um angemeldete Qualitätsprüfungen, kann auf der Grundlage der Prüfberichte nicht rekonstruiert werden, zu welchem Zeitpunkt die Anmeldung zur Qualitätsprüfung erfolgte. Mit Blick auf die heterogenen und die sehr geringe Anzahl an Prüfungsgegenständen sowie die unterschiedlichen Prüfungsarten kann sich die fol-



gende vergleichende Analyse der Prüfberichte ausschließlich auf formale Aspekte beziehen. Eine inhaltliche Bewertung ist auf dieser Materialgrundlage nicht möglich.

### **2.3.3 Aufbau und Struktur der Prüfberichte**

Zehn von zwölf Berichten weisen intern eine zumeist klare und nachvollziehbare Gliederung auf. Sechs Prüfberichte weisen dabei übereinstimmend die folgende Gliederungsstruktur auf:

- Allgemeine Angaben
- Pflge theoretische Grundlagen
- Pflegemanagement (bestehend aus den Unterpunkten: Aufbauorganisation Personal, Ablauforganisation, Qualitätsmanagement, Beratung, soziale Betreuung)
- Pflegedokumentation
- Überprüfung der Pflegequalität und der Zufriedenheit einzelner Bewohner/Versicherter
- Empfehlungen zum Auflagenbescheid

Vier weitere orientieren sich an der Systematik der MDK Richtlinien und weisen damit im Vergleich eine stärker differenziertere Gliederung auf (vgl. MDS 2005). In zwei Berichten fehlt eine nachvollziehbare Gliederung, so dass das gezielte Auffinden von Inhalten nicht möglich ist.

Kritisch anzumerken ist der Umgang mit Tabellen: Drei der untersuchten Prüfberichte verwenden Tabellen zur Präsentation der Ergebnisse. Eine Legende zur Erläuterung der Tabellen weist keiner dieser drei Berichte auf. Hier wird offensichtlich vorausgesetzt, dass der Leser die MDK-Anforderungen bzw. die Soll-Vorgaben kennt, da nur mit diesem Hintergrund die Ergebnisse interpretierbar sind.

Hinsichtlich Sprachstil und Ausdrucksform schwankt die Berichtsqualität. In der Regel sind sie sachlich nüchtern verfasst und stark deskriptiv geprägt. Stringente Gedankengänge mit Aussagen über Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge, die auch auf theoretische Grundlagen referenzieren, lassen sich nur rudimentär finden. (Unklar bleibt beispielsweise, was unter einem „Pflegekonzept“ zu verstehen ist. Dieses Konstrukt wird auch in den Prüfrichtlinien definitorisch nicht geklärt (vgl. MDS

2005).) Bei der Beurteilung von Orthographie und Interpunktion fällt das Urteil kritischer aus: Nur die Hälfte der untersuchten Qualitätsberichte ist weitgehend fehlerfrei abgefasst.

Ein Gestaltungsmangel ist der Einsatz unterschiedlicher Layouts bei der Erstellung der Prüfberichte. Ein einheitliches und unternehmensspezifisches Corporate Design im Sinne einer Corporate Identity liegt nicht vor.

#### **2.3.4 Stärken - Schwächen – Profil in den Prüfberichten**

Gemäß der MDK-Anleitung sollen die Prüfberichte ein Stärken-Schwächen-Profil der Einrichtung enthalten. Genaue Vorgaben über die Ausgestaltung dieser Profile werden nicht gemacht. Nach dem Modell der „European Foundation for Quality Management (EFQM)“ stellt ein Stärken-Schwächen-Profil das Ergebnis einer Bewertung und Überprüfung dar. Das Profil soll den Empfänger dabei unterstützen, festgestellte Stärken weiter auszubauen und Schwächen zu eliminieren (EFQM 1999). Gemäß dieser Definition sollen Bewertungsergebnisse einer Qualitätsprüfung Einrichtungen unterstützen, ihre Schwächen bzw. ihre Verbesserungspotenziale zu identifizieren, Maßnahmen zu priorisieren, Aktivitäten zu planen und Ziele umzusetzen.

Folgt man dieser Definition kann für die untersuchten Prüfberichte festgestellt werden, dass kein Bericht diesen Anforderungen gerecht wird. In den analysierten Berichten werden die Stärken zwar dargestellt, in der Regel sind die Formulierungen jedoch sehr kurz gefasst und ergeben kein umfassendes und aussagekräftiges Bild über die Stärken der Einrichtung. Zwei Beispiele: „Das Qualitätsmanagementhandbuch wurde umfangreich weiter entwickelt“ oder „Die formalen Kriterien sind in diesem Kapitel vollständig erfüllt. „Grundsätzlich können mit dem vorhandenen Pflegedokumentationssystem alle erforderlichen Angaben vorgenommen werden“.

In lediglich zwei Berichten erfolgt die Darstellung der Stärken mit Hilfe von Tabellen gemäß der MDK-Anleitung. Eine systematische, klar gegliederte und vergleichbare Präsentation der Stärken fehlt. Ein Beispiel: Als Stärke wurde folgende Aussage formuliert: „Es finden sich Aussagen zum Pflegemodell von Frau M. Krohwinkel. Ablesbar ist zudem, dass ein sechsschrittiger Pflegeprozess angewandt werden soll“. Diese Stärken sind im Konjunktiv formuliert. Besser wäre: „Die Pflegeeinrichtung arbeitet nach dem Pflegemodell von M. Krohwinkel. Das Pflegemodell ist

schriftlich im Leitbild niedergelegt, anhand dessen die Pflegeeinrichtung ihre Qualität der Pflege sichern, fördern und messen will. Die Mitarbeiter kennen das Pflegemodell und arbeiten danach. Die Pflegedokumentation spiegelt das Pflegemodell wider.“ Ein weiteres Beispiel: „Das Qualitätsmanagementhandbuch wurde umfangreich weiter entwickelt“. Zur positiven Bestätigung der geleisteten Arbeit wäre es wünschenswert, genau zu dokumentieren was weiterentwickelt worden ist.

Die Beschreibung der Schwächen nimmt in allen Berichten einen großen Raum ein. Sie werden ausführlich und detailliert geschildert. Beispiel: „Das Pflegekonzept enthält keine bzw. kaum Aussagen zur personellen und sachlichen Ausstattung und zur Regelung der Kooperation mit anderen Diensten. Weiterhin fehlen formale Angaben wie: Vision und Evaluationsdatum, ggf. Kopf-/Fußzeile (...)“. Oder: „Die Anforderungen zur Umsetzung der entwickelten Instrumente zur internen Qualitätssicherung im Bereich der Pflege werden nicht erfüllt. Es liegen zwei Qualitätshandbücher mit verschiedenen Inhalten und Angaben zur Erstellung vor. In beiden fehlen Kapitelregister und die eindeutige Angaben zur Gültigkeit der Instrumente. Die Handhabung und das gezielte Auffinden von Inhalten ist dadurch unübersichtlich“.

Allerdings erfolgt die Ableitung von vorgeblichen Schwächen durch teils problematische Schlussfolgerungen. Aus einzelnen Beobachtungen und Auffälligkeiten werden pauschalierende Rückschlüsse gezogen. So wird in einem Fall nach der Lektüre der Pflegedokumentation gefolgert: „So fiel ein nicht wertschätzendes Verhalten der MitarbeiterInnen den BewohnerInnen gegenüber auf“. Belegt wird diese weitreichende Aussage mit der Formulierung aus einem Pflegebericht: „Bew. war morgens sehr fordernd und hatte viele Wünsche“. Solche Aussagen sind stark interpretationsbedürftig und können unterschiedliche Ursachen haben. Zu vermuten ist, dass in diesem Fall das Führen der Pflegedokumentation nicht dem fachlichen Standard entspricht. Angemessen wäre in diesem Fall die Formulierung eines Defizits wie folgt: „Die Formulierungen in den Prüfberichten sind in Einzelfällen nicht immer wertfrei und sachlich angemessen. Die Empfehlung lautet, dass die Pflegenden im Führen der Dokumentation geschult werden“. Läge tatsächlich ein „nicht wertschätzendes Verhalten der MitarbeiterInnen“ vor, müsste dies durch weitere Befunde untermauert werden.

Die Darstellung von Verbesserungspotenzialen bzw. der Empfehlungen zum Auflagenbescheid erfolgt in allen Berichten durch Benennung von Schwächen bzw. Defiziten (inkl. Zeitvorgaben zur Behebung). Auffällig ist, dass die Empfehlungen nicht

einheitlich im Bericht verortet sind: In zehn Berichten werden die Empfehlungen zusammenfassend im Rahmen eines eigenen Kapitels dargestellt, bei zwei Berichten schließt sich die Benennung der Empfehlungen direkt den genannten Schwächen an. Bei der Mehrheit der Berichte sind die Empfehlungen kurz und prägnant formuliert: „Der Hygieneplan sollte um die fehlenden Angaben ergänzt werden“ oder „Das Qualitätsmanagementhandbuch ist inhaltlich zu überarbeiten. Dabei sollten sich Aussagen zu gleichen Sachverhalten an verschiedenen Stellen inhaltlich decken (z.B. Risikobewertung nach Braden-Skala). Außerdem sind die Inhalte des Qualitätsmanagementhandbuchs zielgerichtet und nachvollziehbar umzusetzen“.

Forderungen nach „sach- und fachgerechter Dokumentation und Durchführung der medizinischen Behandlungspflege“ oder nach der „Durchführung pflegfachlicher Schulungen zu den in diesem Prüfbericht als nicht sach- und fachgerecht bewerteten pflegerischen Vorgehensweisen“ sind kritisch zu sehen. Die Ableitung von konkreten Maßnahmen zur Behebung vorhandener Schwächen ist auf der Grundlage dieser Formulierung nur bedingt möglich, da der Ausdruck „sach- und fachgerecht“ interpretationsbedürftig ist. Es ist anzunehmen, dass die Verantwortlichen für das Qualitätsmanagement die jeweiligen Forderungen abhängig von ihren Qualifikationen und ihrem Wissensstand interpretieren und deshalb ganz unterschiedliche Maßnahmen einleiten.

Die GutachterInnen des MDK sollen - gemäß den bestehenden Richtlinien - bei festgestellten Mängeln im Rahmen der Empfehlungen „Impulse zur Qualitätsverbesserung“ (MDS 2005) geben. Auf der Grundlage der vorliegenden Qualitätsberichte und der dort formulierten Empfehlungen kann nicht festgestellt werden, dass diesem Anspruch mittels Aufzeigen von Lösungsmöglichkeiten im Sinne einer Impulsberatung entsprochen wird. Bei den untersuchten Berichten wird im Rahmen der Ausführungen des Empfehlungsteils lediglich gefordert, die Defizite bis zu einem festgelegten Zeitraum zu beheben.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass bei der Ausgestaltung des Stärken-Schwächen-Profiles der inhaltliche Schwerpunkt klar auf der Präsentation der Schwächen liegt, die in einem negativ formulierten und defizitorientierten Sprachstil verfasst sind. Damit nimmt die Darstellung der Schwächen im Vergleich zu den Stärken einen großen Raum ein. Eine positive Betonung der Stärken einzelner Qualitätsmaßnahmen wird nur in Ansätzen geleistet.

### **2.3.5 Ergebnisse der Versicherten- und Bewohnerbefragungen**

Laut den MDK-Richtlinien erfolgt die Überprüfung der Pflegequalität einzelner Versicherter oder Bewohner durch eine Zufriedenheitsbefragung der Leistungsempfänger sowie eine Feststellung des Pflegezustandes durch Inaugenscheinnahme. Nach dieser Inaugenscheinnahme erfolgt eine Sichtung der Pflegedokumentation. Bei der Analyse der Prüfberichte konnte festgestellt werden, dass die Dokumentation der Zufriedenheitsbefragungen nicht in einheitlicher Form erfolgt. Zehn Berichte dokumentieren die Ergebnisse der Befragung kurz in Prosa (z.B. „die BewohnerInnen äußerten sich weitgehend zufrieden mit der Versorgung in der Einrichtung“), zwei bereiten die Ergebnisse in Form von Tabellen auf.

Bei der Dokumentation des Pflegezustandes weisen lediglich drei Berichte eine differenzierte und individuelle Beschreibung sowie eine Dokumentation des Pflegezustandes der besuchten Bewohner oder Versicherten hinsichtlich folgender Kriterien auf: Mobilität, zeitliche und örtliche Orientierung, Kommunikationsfähigkeit, Ernährungs- und Flüssigkeitszustand, Hautzustand, Versorgung mit Kathetern, Sonden sowie Heil- und Hilfsmitteln. Zusätzlich dokumentieren diese Berichte detailliert pflegerelevante Beobachtungen wie z.B. den Umgang mit freiheitseinschränkenden Maßnahmen, die Ergebnisse der Auswertung der Pflegedokumentation, die Umsetzung des Pflegeprozesses sowie die spezielle Pflegesituation wie z.B. Dekubitusgefahr.

Bei der Mehrheit der Berichte (9) werden die individuellen Beschreibungen des Pflegezustandes zu den besuchten Bewohnern oder Versicherten als Anlage ohne Auswertung beigefügt. Die Aussagen zur Pflegedokumentation und zur Umsetzung des Pflegeprozesses erfolgen in kurzer deskriptiver Form (z.B. „Auffallend oft werden gleiche Sachverhalte an mehreren Stellen erfasst“).

### **2.3.6 Zwischenfazit**

Es besteht der Eindruck, dass das Prüfinstrument auf einem defizitorientierten Verständnis von Pflegequalität aufsetzt und sich an einem zweckorientierten und funk-

tionalistischen Paradigma orientiert. Dementsprechend haben die Prüfberichte den Tenor einer Defizitorientierung anhand weniger Parameter (z.B. Dekubitusprävalenz) und treffen kaum Aussagen über die tatsächliche Lebenssituation pflegebedürftiger Menschen, so dass diesbezüglich die Aussagen wenig aussagekräftig sind.

Dieses Verständnis von Qualität spiegelt sich in den vorliegenden Qualitätsberichten und den dort formulierten Empfehlungen wider. Die Ausführungen des Empfehlungsteils in den analysierten Berichten fordern lediglich, die Defizite bis zu einem festgelegten Zeitraum zu beheben. Dementsprechend erfolgt die Darstellung der Verbesserungspotenziale bzw. der Empfehlungen zum Auflagenbescheid in den Prüfberichten ausschließlich in der Benennung von Schwächen bzw. Defiziten inkl. Zeitvorgaben zur Behebung. Damit nimmt die Darstellung der Schwächen im Vergleich zu den Stärken einen großen Raum ein.

Die untersuchten Berichte erfüllen deshalb die Erwartungen an einen übersichtlichen und systematischen Aufbau sowie eine auch im Vergleich gute Lesbarkeit nicht. Durch das Fehlen einer einheitlichen und logisch nachvollziehbaren Präsentation der Stärken und Schwächen wird vor allem die Lektüre durch Dritte erschwert, das rasche Erschließen der zentralen Inhalte ist kaum möglich. Es hat den Anschein, dass vom Leser erwartet wird, dass er die Inhalte der MDK-Richtlinien kennt sowie mit den Fachtermini und den Inhalten der Qualitätsdebatte vertraut ist. Die abweichende formale Ausgestaltung und die Verwendung unterschiedlicher Sprachstile ist ein Hinweis darauf, dass die Ausrichtung des einzelnen Gutachtens durch die individuellen Hintergründe des Gutachters geprägt ist. Damit wird das Potenzial der Prüfberichte als Kommunikationsinstrument ebenso in Frage gestellt wie die Qualifikation der Prüfer.

Die qualifizierende Vorbereitung auf die Prüfungen verläuft i.a.R. systemimmanent, nämlich durch MDK-Weiterbildungen und vom Qualifikationsniveau her unterhalb der heutigen Bachelor-Studiengänge und deren Absolventen (Klinische Pflegeexperten), so dass bei diesen Personen zumindest keine ausgeprägte pflegewissenschaftliche Fundierung vorausgesetzt werden kann. Dies wäre aber angesichts der hohen Komplexität der Begutachtungssituation und der insgesamt gestiegenen Ansprüche an die Pflege, insbesondere im Kontext der Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, unbedingt wünschenswert.

### **3. Handlungsempfehlungen**

Aus gutachterlichen Bewertung der Prüfberichte lassen sich Handlungsempfehlungen ableiten, die perspektivisch über den engeren Rahmen hinausweisen und als konstruktiver Beitrag zur Verbesserung der Erfassung und Bewertung der Situation pflegebedürftiger älterer Menschen vor allem im stationären Setting zu verstehen sind. Die Handlungsempfehlungen beziehen sich auf insgesamt 5 Kriterien, die aus Sicht der Gutachter in einem engen Zusammenhang stehen:

- Qualitätsberichte
- Beratung
- Prüfinstrument
- Pflegedokumentation
- Qualifizierung

#### **3.1 Qualitätsberichte**

Im Kontext der Pflegereform sollen stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen verpflichtet werden, die über ihre Einrichtungen verfassten Qualitätsberichte öffentlich zugänglich zu machen. Künftig würden damit hilfe- und pflegebedürftigen Menschen sowie ihren Angehörigen mehr Informationen über die Leistungen einer Pflegeeinrichtung, die sie in Anspruch nehmen wollen, öffentlich zur Verfügung stehen (Pressemitteilung des MDS, 11. September 2007). Dieser Einstieg in eine strukturierte Berichterstattung über die tatsächliche Pflegequalität stationärer und ambulanter Pflegeeinrichtungen ist grundsätzlich zu begrüßen. Der Gesetzgeber setzt mit dieser Forderung die im Pflegequalitätssicherungsgesetz ausgeführte Stärkung der Verbraucherrechte (Bieback 2004) hin zu mehr Öffentlichkeit und Transparenz über Pflegequalität von Pflegeeinrichtungen um. Schließlich sind Qualitätsberichte auch ein Mittel der Werbung und des Marketings für Leistungserbringer.

### 3.1.1 Formale Ausrichtung der Qualitätsberichte

Eine einrichtungsbezogene strukturierte Pflegequalitätsberichtserstattung setzt einen systematisch erstellten Bericht voraus, der der interessierten Öffentlichkeit in regelmäßigen Zeitabständen reliable und valide Daten zur Qualität der erbrachten Dienstleistung in verständlicher Form zur Verfügung stellt (Lütticke & Schellschmidt 2003). Folgt man dieser Sichtweise ergeben sich folgende formale Anforderungen an einen Qualitätsbericht:

1. Einheitliche **Struktur**,
2. **Verbraucherorientierung** durch eine verständliche Form der Darstellung,
3. Systematische Darstellung der **Stärken und Schwächen** einer Pflegeeinrichtung,
4. **Transparenz** des angebotenen Leistungs- und Angebotsspektrums.

Mit Hilfe von strukturierten Qualitätsberichten besteht die Möglichkeit, stationäre oder ambulante Pflegeeinrichtungen jeweils untereinander zu vergleichen. Solche Vergleiche sind jedoch nur möglich, wenn die Darstellungsform der veröffentlichten Informationen bzw. der selektierten Qualitätskriterien einen Vergleich auch gestattet. Genau hier liegt ein Problem bei den derzeitigen Qualitätsberichten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK): Wie die Analyse der Qualitätsberichte (vgl. Kapitel 4) belegt, existiert offensichtlich kein Standard, wie Berichte verfasst werden sollen. Vielmehr bestehen unterschiedliche Darstellungsmöglichkeiten und Berichtsformen nebeneinander. Eine Forderung lautet daher, einen allgemein anerkannten nationalen Standard zur Strukturierung von Qualitätsberichten festzulegen, der eine Vergleichbarkeit sicherstellt und an dem sich alle orientieren müssen (Ehrhardt 2007).

Die Darstellungsform der Qualitätsberichte spielt eine wesentliche Rolle, um die gewünschte Transparenz des angebotenen Leistungs- und Angebotsspektrums zu erreichen. Dazu müssen die wesentlichen Informationen über Leistungen und Angebote einer Pflegeeinrichtung in einer verständlichen Sprache aufbereitet werden. Es muss auch Laien möglich sein, Rückschlüsse auf die Pflegequalität einer Pflegeeinrichtung ziehen können. Fachtermini müssen deshalb grundsätzlich in Form von Legenden verständlich erläutert werden (vgl. Kapitel 2.3). Durch einen tabellarischen Aufbau und eine klare Struktur kann Übersichtlichkeit generiert werden. Besonders zu berücksichtigen ist auch, dass trotz der gewünschten Offenheit über die Leistungen



einer Pflegeeinrichtung eine Begrenzung bestehen muss, damit ist auch eine Begrenzung hinsichtlich der Seitenzahl eines Berichts gemeint. Durch ein Übermaß an Information wird keine Transparenz hergestellt.

Künftig sollen strukturierte Qualitätsberichte hilfe- und pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen als Orientierungshilfe dienen. Sie sind damit ein zentrales Instrument der Information und der Beratung (Ehrhardt 2007). Um dieses Ziel zu erreichen, müssen die Qualitätsberichte des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) die Ergebnisse aus den Qualitätsprüfungen in differenzierter Form präsentieren. Die Analyse in Kapitel 2.3 zeigt, dass dieses Ziel derzeit nur in Ansätzen erreicht wird. Große Defizite liegen vor allem im Bereich der Darstellung der Stärken und Schwächen einer Pflegeeinrichtung. So fällt auf, dass in den Qualitätsberichten eine überproportionale Betonung der jeweiligen Schwächen erfolgt (vgl. Kapitel 2.3). Defizitorientierte Qualitätsberichte geben aber die tatsächliche Lebens- und Betreuungssituation hilfe- und pflegebedürftiger Menschen nur bedingt wieder (Ehrhardt 2007): Wenn eine Pflegeeinrichtung beispielsweise psychosoziale Betreuung anbietet, erfährt der Leser lediglich, dass jeder Bewohner daran teilnehmen kann und hinsichtlich der psychosozialen Betreuung keine Defizite vorliegen. Welche spezifische psychosoziale Betreuung tatsächlich angeboten wird, bleibt unklar. (siehe Qualitätsberichte) Die Information über das tatsächlich angebotene Leistungs- und Angebotspektrum steht den zukünftigen Bewohnern oder Versicherten sowie deren Angehörigen nur begrenzt und in ungenügender Form zur Verfügung. Auf der Grundlage einer verkürzten und undifferenzierten Darstellung der Stärken einer Pflegeeinrichtung in den Qualitätsberichten kann die interessierte Öffentlichkeit gegenwärtig keine Rückschlüsse auf die Qualität einer Pflegeeinrichtung ziehen. Vielmehr lassen die analysierten Qualitätsberichte ein hohes Maß an Subjektivität der jeweiligen Verfasser erkennen, was unter anderem daran liegt, dass die Reliabilität und Validität im Prüfverfahren bis heute nicht eindeutig nachgewiesen ist (vgl. Wittenius in Ehrhardt 2007:37).

### **3.1.2 Inhaltliche Ausrichtung der Qualitätsberichte**

Die zentralen Ursachen für die genannten formalen Probleme liegen tiefer und sind wesentlich darin begründet, dass gegenwärtig in Deutschland für die Pflege keine verbindlichen Qualitätsziele vorliegen, es mangelt somit an einheitlichen Qualitätsindikatoren. Hingegen gibt es in den USA bereits Pflegeindikatoren bspw. zur Dekubi-

tusproblematik oder zum Thema Depression (vgl. Schnabel in Ehrhardt 2007:37). In der Bundesrepublik Deutschland fehlt nach Ansicht der Autoren eine national anerkannte, steuernde Instanz, deren zentrale Aufgabe es ist, verbindliche Qualitätsindikatoren immer wieder neu zu definieren. Denn nur auf der Basis von verbindlichen festgelegten Qualitätsindikatoren kann die Qualität von Pflegeeinrichtungen miteinander verglichen werden. Wenn das erklärte Ziel lautet, wirklich aussagekräftige Qualitätsberichte zu erstellen, braucht man Bezugsgrößen bzw. Pflegeindikatoren, die einen Vergleich der Pflegeeinrichtungen unter der Berücksichtigung der Ergebnisqualität ermöglichen.

Grundsätzlich sind **reliable und valide** Daten zur Ergebnisqualität zu folgenden Aspekten zu berücksichtigen:

- Berücksichtigung der individuellen Wünsche und Bedürfnisse der hilfe- und pflegebedürftigen Menschen,
- Berücksichtigung der Fachlichkeit anhand pflegewissenschaftlicher und medizinischer Erkenntnisse (Randzio & Fischer 2007; Meyer & Köpke 2007).

Die bisherigen Qualitätsberichte stellen inhaltlich vor allem die Struktur- und Prozessqualität (z.B. Allgemeine Angaben, Leistungs- und Angebotsspektrum, Aufbau und Ablauforganisation, Qualifikationen der Mitarbeiter, konzeptionelle Grundlagen, Qualitätsmanagement, psychosoziale Betreuung, Hygiene einer Pflegeeinrichtung) in den Mittelpunkt. Zur Beurteilung von Prozess- und Ergebnisqualität werden schwerpunktmäßig klinisch-medizinische Aspekte (z.B. Ernährungs- und Flüssigkeitszufuhr, Dekubitusrisiko, körperorientierte Kriterien wie Mundzustand, Hautzustand, Pflegezustand) gemessen. Auch pflegfachliche Aspekte wie die Qualität einer differenzierten Pflegeplanung, eine am Ziel der Förderung von Selbstpflegeresourcen orientierten Auswahl an Pflegemethoden, die regelmäßige Überprüfung von Pflegezielen, die Einhaltung fachlicher Standards oder die Pflegedokumentation werden herangezogen (MDS 2005).

Für hilfe- und pflegebedürftige Menschen sowie deren Angehörige sind klinisch-medizinische, körperbezogene und pflegfachliche Aspekte aber nicht die alleinige, eventuell auch nicht die zentrale Grundlage ihrer Beurteilung bzw. Definition von Qualität. Vielmehr spielen bei der Auswahl von stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen neben dem Leistungs- und Angebotsspektrum die sogenannten „weichen Faktoren“ wie das Vertrauen in die professionelle Pflegeperson und die Pflege-

einrichtung eine bedeutsame Rolle. Dies lässt sich damit begründen, dass hilfe- und pflegebedürftige Menschen und deren Angehörigen sich in der Regel einer fachlichen Beurteilung von Pflegearrangements entziehen und mehr die menschlichen Basisqualifikationen als Bewertung über die Qualität heranziehen. Dazu gehören u.a. persönliche Aspekte wie eine vertrauensvolle, persönliche und durch Respekt und Wertschätzung gekennzeichnete Beziehung zwischen professionell Pflegenden und hilfe- und pflegebedürftigen Menschen, eine Berücksichtigung individueller Gewohnheiten und Bedürfnisse aber auch Aspekte wie Sorgfalt, Verlässlichkeit, Ansprechbarkeit sowie menschliche Zuwendung. Auch kommunikative Kompetenzen bzw. Dialogfähigkeit wie persönliche Ansprache und Abstimmung bei der Durchführung von Pflegemaßnahmen auch jenseits der Pflegemaßnahme sind zentrale Dimensionen bei der Bewertung von Pflegequalität (Röber 2005; Josat 2006). Es gilt der Zusammenhang: Die Wirkung der erbrachten Pflege ist umso höher, je mehr die Beziehungsqualität zwischen den professionell Pflegenden und den hilfe- und pflegebedürftigen Menschen berücksichtigt wird. Nicht die Dokumentation von Leistung, sondern die erbrachte Leistung sind zentrale Aspekte der Ergebnisqualität. Hier kommt es zu erheblichen Herausforderungen bei der Beurteilung von Qualität, da diese genannten Dimensionen im Hinblick auf Bewertung und Messung große Schwierigkeiten bereiten. Dies hat u.a. damit zu tun, dass sich subjektive Aspekte wie Sorgfalt oder Ansprache erst beurteilen lassen, wenn die Leistung in Anspruch genommen wird (Röber 2005).

### **3.2 Beratung**

Im Rahmen der Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkasse (MDK), kann der MDK Pflegeeinrichtung in Frage zur Qualitätssicherung beraten. Mit diesem beratungsorientierten Prüfansatz soll zum einen das Ziel verfolgt werden, Qualitätsmängeln rechtzeitig vorzubeugen, zum anderen soll die Eigenverantwortung der Pflegeeinrichtung für die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität gestärkt werden (MDS 2005). Die Analyse der Qualitätsberichte zeigt jedoch keine eindeutigen Ansätze eines beratungsorientierten neutralen Prüfansatzes (vgl. Kapitel 2.3). Vielmehr werden in den Empfehlungen lediglich die identifizierten Qualitätsmängel mit Angaben zum Zeitraum der Überarbeitung benannt. Mit diesem lediglich Aufzeigen von Lösungsmöglichkeiten im Sinne einer Impulsberatung (vgl.

Kapitel 2.3) kann eine unmittelbare Verbesserung und Weiterentwicklung der Qualität nicht erwartet werden.

Kritisch ist in diesem Zusammenhang auch zu sehen, dass der MDK oftmals direkt oder indirekt in einer engen Beziehung mit den Kostenträgern steht und damit eine neutrale Beratung zur Qualitätsentwicklung nicht ohne weiteres gewährleistet ist. Man kann unterstellen, dass mit dieser Form von Beratung lediglich hinsichtlich einer selbst definierten Qualität beraten wird. Aus diesem Grund wird auf der theoretischen Ebene dem Aspekt Neutralität in der Qualitätsdebatte eine zentrale Bedeutung beigemessen (Mittnacht et al. 2006). In der Fachwelt besteht Konsens, dass Beratung in Fragen der Qualitätsentwicklung und die Prüfung der Qualität grundsätzlich durch zwei unterschiedliche Institutionen getrennt voneinander erfolgen sollte. Künftig sollten daher neue Formen für die Beratung von Pflegeeinrichtungen geschaffen werden, die eine spezifische und unabhängige sowie neutrale Beratung hinsichtlich Fragen zur Qualitätsentwicklung ermöglichen. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang, dass die Berater sowohl über die notwendigen Qualifikationen (Wissen über aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse) verfügen als auch im Umgang mit beratungsorientierten Lösungsansätzen geschult sein sollten. Dies entspricht der Forderung der BUKO-QS e.V. (Dezember 2004) nach einer neutralen unabhängigen Instanz, die Qualitätsziele formuliert und eine beratende Funktion hat.

### **3.3 Prüfinstrument**

Messinstrumente müssen klassischen Gütekriterien genügen, um eine intersubjektiv überprüfbare Grundlage zu geben und zu gewährleisten, dass sie das zu messende Phänomen gut beschreiben. Die kritische Würdigung in Kapitel 2.2 legt die Schlussfolgerung nahe, dass das MDK-Prüfinstrument nicht einer Überprüfung gemäß der klassischen Kriterien unterzogen worden ist. Es können keine systematischen Aussagen über die Güte und Qualität des Instrumentes getroffen werden. Es ist demgemäß nicht gesichert, ob mit diesem Instrument das Phänomen Qualität abgebildet und Pflegequalität valide und reliabel gemessen wird. Damit kann selbstverständlich nicht die Schlussfolgerung gezogen werden, dass dieses Instrument nicht tauglich ist, sondern gegebenenfalls nur einige Aspekte von Qualität misst. Allerdings ist für aussagekräftige Veröffentlichungen von Qualitätsergebnissen eine Überprüfung des Instrumentes anzuraten. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass

es in Deutschland in unterschiedlichen Regionen und von unterschiedlichen Prüfern/innen und zu unterschiedlichen Zeitpunkten eingesetzt wird (siehe Kapitel 2). Kritisch anzumerken ist, dass das Instrument sich in seinem Grundaufbau an der üblichen Strukturierung in Prozess-, Ergebnis- und Strukturqualität aufbaut und die interpersonalen Aspekte sowie die Perspektive der Pflegebedürftigen und Angehörigen zur Qualität der Versorgung nicht umfassend berücksichtigt. Die im MDK-Instrument berücksichtigte Erfassung der Bewohnerzufriedenheit ist als ein Parameter zur Beurteilung von Qualität fraglich (s. Kapitel 2.2). Erkenntnisse weisen daraufhin, dass der Zusammenhang von Bewohnerzufriedenheit und Qualität eher kritisch zu betrachten ist.

Insgesamt entsteht der Eindruck, dass das Prüfinstrument ein eher defizitorientiertes Verständnis von Qualität zu Grunde legt. Für die Zukunft ist anzuraten, das Prüfinstrument einer kritischen Überprüfung zu unterziehen. Allerdings erscheint es empfehlenswert, das Instrument zu überarbeiten und sowohl die relevanten Merkmale und Variablen von Pflegebedürftigen und Angehörigen zum Thema Qualität in der Pflege zu berücksichtigen als auch die Settings, pflegesensitiven Outcomes der Klienten/innen und Zufriedenheit der Mitarbeiter/innen (vgl. Kapitel 2.2).

### **3.4 Pflegedokumentation**

Das Führen einer sach- und fachgerechten Pflegedokumentation ist sowohl im SGB XI als auch im Heimgesetz gesetzlich festgelegt. Dementsprechend stellt sie eine wesentliche Grundlage für die Beurteilung der Qualität in den Einrichtungen und Diensten der Pflege dar (Mahlberg-Breuer/Mybes 2007). Die Hauptfunktion der Pflegedokumentation ist den gesetzlichen Grundlagen zur Folge, die Leistungserbringungen zu dokumentieren und nachzuweisen, die Leistungen zu kontrollieren sowie Informationen an die Gesundheitsprofessionen und Pflegebedürftigen zu übermitteln (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit 2004). Der Gesetzgeber lässt im Gesetzestext durch eine bewusst offene Formulierung den Einrichtungen und Diensten viel Gestaltungsspielraum, ein geeignetes Pflegedokumentationssystem in ihren Einrichtungen und Diensten anzuwenden. Infolgedessen ist von einer großen Variabilität der Pflegedokumentationen in den zu prüfenden Einrichtungen auszugehen. So setzen sich die Pflegedokumentationen erfahrungsgemäß in Art, Umfang und Anzahl aus unterschiedlichen Basis- und Zusatzelementen zusammen (Mahlberg-Breuer/Mybes 2007). Diese Unterschiedlichkeit allein in der

formalen Gestaltung der Pflegedokumentationen führt möglicherweise zu Erschwerissen in der Qualitätsprüfung und stellt die Prüfer vermutlich vor Herausforderungen. In den vorliegenden Qualitätsberichten wird nicht deutlich, ob die unterschiedlichen Pflegedokumentationen in der Beurteilung ausreichend gewürdigt worden sind. Insgesamt ist fraglich, ob diese Variabilität in den Pflegedokumentationen eine systematische Qualitätsprüfung erschwert.

Ein Teil der Kritik und Beurteilung der Ergebnisqualität der pflegerischen Einrichtungen wird auf der Basis der Überprüfung von Pflegedokumentationen vorgenommen. Dabei bleibt unberücksichtigt, dass möglicherweise nicht immer die Pflegedokumentationen dem fachlichen Standard entsprechend geführt und von ausreichend qualifiziertem Personal durchgeführt werden. Obschon der MDS den Zusammenhang von Qualität der Pflegedokumentation und Fachlichkeit des Pflegepersonals feststellt und formuliert, dass die Mitarbeiter in den Einrichtungen häufig nicht über grundlegende Kenntnisse verfügen, um den Erfordernissen einer qualitativ hochwertigen Pflegedokumentation zu genügen (Brucker 1999), spiegelt sich diese Erkenntnisse nicht in den vorliegenden Qualitätsberichten wieder (s. Kapitel 2). Es fehlt eine differenzierte Darstellung der verantwortlichen Pflegefachkräfte für die fach- und sachgerechte Führung der begutachteten Pflegedokumentationen. Eine differenziertere Beurteilung der Pflegedokumentationen wäre möglich, wenn die Prüfer in der Begutachtung die Qualifikation der verantwortlichen Pflegenden für die Pflegedokumentation berücksichtigen. Auf diese Weise könnte systematischer eine Kritik an der Pflegedokumentation durchgeführt werden, da mit steigender formaler Qualifikation in der Pflege eine höhere Sachkenntnis und Verantwortlichkeit in und für die Pflegedokumentation erwartet werden kann. In der Zwischenzeit ist aus unterschiedlichen Projekten zum Thema qualitativ hochwertige Pflegedokumentationen die Erkenntnis gewachsen, dass nur entsprechend qualifiziertes Pflegefachpersonal für die fachgerechte Durchführung der Pflegedokumentation verantwortlich sein kann und dies durch entsprechende arbeitsorganisatorische Konzepte in den Einrichtungen und Diensten ermöglicht werden muss (Wipp 2004). Darüber hinaus unterliegen die Gutachter der in diesem Gutachten zugrundeliegenden Qualitätsberichten dem Trugschluss, dass von vorgenommenen Formulierungen in den Pflegeberichten auf die erbrachte Qualität zu schließen sei und leiten daraus Defizite in der pflegerischen Versorgung ab (s.

Kapitel...). Pflegeberichte dienen im Allgemeinen jedoch vor allem dazu, pflegerrelevante Informationen festzuhalten. Aus ihnen können Prozesse der pflegerischen Versorgung abgeleitet werden. Ihre Aufgabe ist nicht die Darstellung von Leistungen, sondern vielmehr, den Verlauf der Pflege zu beschreiben (Mahlberg-Breuer/Mybes 2007). Aus diesem Grunde eignet sich der Pflegebericht nicht für die Beurteilung der Ergebnisqualität. Ferner werden Pflegeberichte frei formuliert. In der systematischen Kritik müssten diese nach anderen Beurteilungskriterien ausgewertet werden. Am ehesten eignen sich für offene und freie Formulierungen qualitative Auswertungsmethoden.

Neben der gesundheitspolitisch vielfach diskutierten Frage der Entbürokratisierung der Pflegedokumentation bleibt zu erörtern, ob und wie Prüfer mit Hilfe der Pflegedokumentation auf die Ergebnisqualität erbrachter Leistungen schließen können. Es können relativ unproblematisch die formalen Aspekte der Pflegedokumentation wie auch die Berücksichtigung der Bestandteile des Pflegeprozesses abgeprüft werden. Jedoch ist eine sichere Ableitung von Ergebnisqualität auf der Grundlage von Pflegedokumentationen aus systematischen Gründen vergleichsweise schwierig. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass der Kenntnisstand über pflegesensitive Outcomes nicht ausreichend differenziert ist. Es ist noch nicht geklärt, ob die in den Qualitätsprüfungen untersuchten Parameter wie Ernährungs- und Flüssigkeitszufuhr, Schmerz, Dekubitus u.ä, die sich überwiegend an medizinischen Kriterien ausrichten, die angemessenen Outcomes zur Messung von Pflegequalität sind. Darüber hinaus muss berücksichtigt werden, dass wie bereits in den vorherigen Kapiteln dargestellt, sich die pflegerische Qualität nicht nur an rein messbaren Outcomes misst, sondern die Beziehungsqualität, Settings und weitere Variablen das Ergebnis beeinflussen. Fachpflegerische Ziele und Outcomes sind nicht nur auf der handwerklichen und auf der Interaktionsebene zu verorten. Eine angemessene und qualitativ hochwertige Pflege wird nur als Coproduktion aller an der pflegerischen Versorgung Beteiligten zu erreichen sein (Schmidt 2002). Diese Komplexität zu berücksichtigen, stellt die große Herausforderung in der Messung und Beurteilung von Pflegequalität dar.

Pflegedokumentationen sind zur Beurteilung der Ergebnisqualität erbrachter Leistungen auch deswegen nur bedingt geeignet, da anders als in medizinischen Dokumentationen nicht nur reine Outcomes dokumentiert werden. Freie Formulierungen, wie sie in Pflegeberichten zu finden sind, müssten nach systematischen Kriterien

qualitativ ausgewertet werden und bedürfen grundsätzlich anderer Beurteilungsparameter.

Insgesamt muss kritisch hinterfragt werden, welche Teile der Pflegedokumentation für die Beurteilung von Ergebnisqualität herangezogen werden können. Allerdings kann diese Frage nur dann eindeutig beantwortet werden, wenn der Kenntnisstand über pflegesensitive Outcomes annähernd beantwortet ist.

Darüber hinaus benötigen wir Studien über die Validität von Pflegedokumentation, da bislang nicht belegt ist, ob Pflegedokumentationen den tatsächlichen Ist-Stand der geleisteten Pflege abbilden und sie damit als Grundlage für die Qualitätsprüfung in Frage kommen. Insgesamt ist das Wissen über systematische Probleme von Pflegedokumentationen gering ausgeprägt. Aus einem Projekt für die Erarbeitung von Richtlinien für eine hochwertige Pflegedokumentation für den Krankenhausbereich wurden als Schwachstellen analysiert, dass nicht alle Patientenprobleme erkannt und dokumentiert werden, die Prioritätensetzung nicht immer erkennbar ist, die Selbstpflegefähigkeiten von Patienten zu wenig eingearbeitet werden, bestimmte Pflegestandards zu wenig benutzt werden, die Pflegedokumentation der Pflegeevaluation nicht regelmäßig erfolgt und die Dokumentation nicht immer nach den vorgegebenen Richtlinien erfolgt (Etzel 2004). Es ist anzunehmen, dass diese systematischen Probleme auch auf die stationären Pflegedokumentationen der Langzeitpflege zu übertragen sind. Dieses Ergebnis könnte durch eine methodische Analyse und einen Überblick der vorliegenden Qualitätsberichte und des 2. MDS-Qualitätsberichtes getroffen werden. Dennoch liegt wenig belegtes Wissen über die Schwachstellen von Pflegedokumentationen in der stationären Langzeitpflege vor. Erkenntnisse dieser Art könnten jedoch sehr hilfreich sein, damit Pflegedokumentationen in Zukunft so geführt werden, dass sie das abbilden, was sie abbilden sollen: nämlich die durchgeführte Pflege. Auf der Basis einer methodisch sicheren Analyse der Schwachstellen von Pflegedokumentationen könnten Schulungskonzepte für Mitarbeiter/innen entwickelt werden und Pflegedokumentationen regelmäßig von Verantwortlichen vor Ort auf diese Schwachstellen überprüft werden.



### 3.5 Qualifizierung

Die Auswertung der Prüfberichte zeigt, dass neben den vielfältigen inhaltlichen Voraussetzungen einer guten Berichterstattung auch die Frage der Qualifikation derjenigen Personen, die die Prüfberichte erstellen, ein entscheidender Faktor für die Qualität der Berichte ist. Gegenwärtig kann davon ausgegangen werden, dass hier Personen unterschiedlicher Professionen auf unterschiedlichem Qualifikationslevel daran beteiligt sind. Eine MDK-interne Schulung i.S. einer Weiterbildung bereitet diese Personen auf die Erstellung der Berichte vor. Häufig handelt es sich dabei um Pflegefachkräfte. Die Erstellung der Berichte setzen Kenntnisse und Kompetenzen voraus, die zunächst nicht Gegenstand einer Pflegeausbildung sind, vor allem bezogen auf die wissenschaftliche Fundierung der Situationseinschätzung und der Beratungsempfehlungen: Dies betrifft die Beurteilung einer fachgerechten Versorgung der Pflegebedürftigen ebenso wie die Kenntnis von Parametern der Struktur-, Prozess- und vor allem der Ergebnisqualität, der Pflegedokumentation sowie des nutzerorientierten Managements und schließlich grundlegende Kenntnisse über die Initiierung impulssetzender und ergebnisorientierter Beratungssituationen. Die Differenziertheit und Komplexität der notwendigen Kompetenzen zeigt, dass die Pflegeberufe hier vor ganz neuen Herausforderungen und Aufgaben sowie neuer Dienstleistungen im Gesundheitswesen stehen, dazu gehört ganz wesentlich der Bereich von gutachterlichen Tätigkeiten.

Allgemein wird erwartet, dass der Bedarf an allgemeiner und spezieller Beratung und Gutachtertätigkeit als Bestandteil beruflicher Handlungskompetenz Pflegenden steigt. Experten sehen in der Erweiterung des Kompetenz- und Aufgabenspektrums der Pflege um gutachterliche Tätigkeiten ein innovatives Potential für den expandierenden Dienstleistungs- und Beratungssektor im Gesundheitswesen. Sie wird auch als hochrelevant für die weitere Professionalisierung und Attraktivität der Pflegeberufe eingeschätzt (vgl. dazu Görres et al. 2007).

Die neuen Bedarfsentwicklungen führen in der Konsequenz auch dazu, nicht nur neue Zuschnitte pflegerischer Kompetenzen und Aufgaben, sondern auch neue Ausbildungsgänge zu fordern, um der geforderten Differenzierung der Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Qualifikationen gerecht zu werden. Davon könnten die Begut-

achtungen durch die MDKn und die Erstellung von Prüfberichten erheblich profitieren.

Unter Pflegewissenschaftlern und Praxisexperten wird davon ausgegangen, dass den wachsenden Anforderungen durch einen wissenschaftlichen Ausbildungsgang in der Pflegeberufsausbildung sinnvoll begegnet werden kann, damit genuin pflegerisches und anderes gesundheitsberufliches Fachwissen untereinander verknüpft, Behandlungsprozesse und Versorgungssituationen kompetent beurteilt und dadurch Risikominimierung und Qualitätsverbesserung erreicht werden können (vgl. dazu Görres 2008).

Im Rahmen von notwendigen und hier geforderten Qualifizierungsprozessen bedarf es daher der ausgesprochenen Kenntnis **optimierter Instrumente** zur Steuerung von pflegerelevanten Prozessen als integralen Bestandteil der Pflegequalitätssicherung (vgl. Görres et al. 2006b). Über die Kenntnisse dieser Steuerungsinstrumente sollten die Gutachter des MDK verfügen wenn es darum geht, die traditionelle Steuerung über Inputs (Regeln und Ressourcen) durch ziel- und ergebnisorientierte Steuerung zu ersetzen. Damit könnte seitens der MDKn das ursprüngliche Konzept der Zielsteuerung ganz i.S. der Ergebnisqualität in Richtung einer „Resultatsteuerung“ weiter entwickelt werden. Die neue Bezeichnung verdeutlicht den veränderten Fokus, von einer pro-aktiven, ex-ante Betrachtung, die vorrangig Ziele formuliert und versucht, deren Umsetzung zu kontrollieren, zu einer auch re-aktiven Betrachtung, der es vor allem um die tatsächlich erreichten Resultate und Veränderungen geht. Der Grund dieser veränderten Fokussierung wird ausdrücklich in den bekannten Problemen gesehen, klare, konsistente und messbare evidenz-basierte Ziele für die Pflege zu formulieren und über die professionelle Anwendung entsprechender Instrumente in Zukunft einen deutlich größeren Schwerpunkt auf die Ergebnisqualität zu legen.

## 4. Literatur

- Barone, L. et al (2003): Assessing the older person: is the MNA a more appropriate nutritional assessment tool than the SGA? In: The journal of nutrition, health & aging 7:1:13-17.
- Bartholomeyczik, S. (2006): Pflegediagnostik, Assessment und Klassifikationen: Funktionen und Grenzen. In: Pr-Internet 09:453-458.
- Bartholomeyczik, S. et al (2005): Positionspapier der Nationalen Pflegeassessmentgruppe Deutschland zur Grundsatzstellungnahme „Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen“. Witten.
- Bartholomeyczik, S., Hunstein, D. (2005): Standardisierte Assessmentinstrumente – Möglichkeiten und Grenzen. In: PrInterNet 06:315-317.
- Beller, S. (2004): Empirisch forschen lernen. Konzepte, Methoden, Fallbeispiele, Tipps. Verlag Hans Huber: Bern u.a.
- Bieback, K.-J. (2004): Qualitätssicherung in der Pflege im Sozialrecht. Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e.V. (BUKO-QS) (Hrsg.). C.F.Müller Verlag. Heidelberg.
- Bieback, K.-J. (2004): Qualitätssicherung in der Pflege und im Sozialrecht. Müller Verlag: Heidelberg.
- Bortz, J., Döring, N. (2002): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Springer: Berlin, Heidelberg. 3. Aufl.
- Brown, G. (2006): Wound documentation: managing risk. In: Adv Skin Wound Care 19:3:165-167.
- Brucker, U. (1999): Qualitätssicherung in der Pflege. Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung. Abt. Arbeit und Sozialpolitik. Bonn.
- Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e.V. (2000). Berliner Memorandum der Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e.V.
- 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.
- Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (Hg.) (2004): Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. Berlin.
- Davis, M.P., Srivastava, M. (2003): Demographics, assessment and management of pain in the elderly. In: Drugs Aging 20:1:23-57.
- DZA, Deutsches Zentrum für Altersfragen (2005): Runder Tisch Pflege. Arbeitsgruppe II. Empfehlungen und Forderungen zur Verbesserung der Qualität in der Stationären Betreuung und Pflege.
- Donabedian, A. (1966): Evaluating the Quality of Medical Care, in: Milbank Memorial Fund Quarterly 2/1966, S.166-206.
- 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.

Ehrhardt, J. (2007): Ungepflegte Standard: In: Kma. Das Magazin für die Gesundheitswirtschaft. Heft 137, S. 36-38.

Etzel, B.S. (2004): Richtlinien für eine hochwertige Pflegedokumentation. Gefördert durch die Robert Bosch Stiftung im Rahmen eines Programms „Gemeinsame Projekte von Hochschule und Praxis. Freiburg und Witten.

European Foundation for Quality Management (EFQM) (1999): Assessoren Bewertungsbuch. Frankfurt am Main.

Garcia, A.D., Thomas, D.R. (2006): Assessment and management of chronic pressure ulcers in the elderly. In: Med Clin North Am 90:5:925-944.

Garms-Homolová, V./Roth, G. (2004): Vorkommen, Ursachen und Vermeidung von Pflegemängeln, Bericht im Auftrag der Enquête-Kommission Situation und Zukunft der Pflege in NRW im Landtag in Nordrhein-Westfalen.Göttingen, Berlin.

Gebert, A. J., Kneubühler, H.-U. (2001): Qualitätsbeurteilung und Evaluation der Qualitätssicherung in Pflegeheimen: Plädoyer für ein gemeinsames Lernen. Verlag Hans Huber: Bern, Göttingen.

Görres, S. (1999): Qualitätssicherung in Pflege und Medizin. Bestandsaufnahme, Theorieansätze, Perspektiven am Beispiel des Krankenhauses. Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): Reihe Pflegewissenschaft. Verlag Hans Huber. Bern/Göttingen/Toronto/Seattle.

Görres, S. (2007): Vortrag "Was ist gute Pflege? Überlegungen zur Messung von Ergebnisqualität". Qualität durch Transparenz - Externe Qualitätssicherung in der Pflege, Hamburgische Pflegegesellschaft, 14.11.2007, Hamburg.

Görres, S. (2008): Statement zum Gesetzentwurf der Bundesregierung – Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG), Drucksache 16/7439, Deutscher Bundestag, 16.Wahlperiode. Anlässlich der Anhörung als Einzelsachverständiger im Ausschuß für Gesundheit des Deutschen Bundestages, Mittwoch 23. Januar 2008. Ausschussdrucksache 16 (14) 0327 (34).

Görres, S., Roes, M., Mittnacht, B., Biehl, M. & Klün, S. (2006a). *Strategien der Qualitätsentwicklung in der Pflege und Betreuung*. Heidelberg: C.F. Müller.

Görres, S., Reif, K., Biedermann, H., Borchert, C., Habermann, M., Köpcke, S., Meyer, G. & Rothgang, H. (2006b). Optimierung des Pflegeprozesses durch neue Steuerungsinstrumente. Der Pflegeforschungsverbund Nord. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Juni, 39 (3), 159-164.

Görres, S., Hasseler, M., Mittnacht, B. (2007): Neue Herausforderungen und innovative Aufgaben für Pflegeberufe. In: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement. Heft 6, S.328-329.

Görres, S. & Martin, S. (2005). Der Pflegeforschungsverbund Nord. Optimierung des Pflegeprozesses durch neue Steuerungsinstrumente. Pflege & Gesellschaft, 10/1, 31-34.

Guigoz, Y. (2006): The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature – what does it tell us? The Journal of nutrition, health & ageing 6:10:466-486.

Hackl, J.M. et al (2006):Prävalenz der Mangelernährung bei alten Menschen. In: Journal für Ernährungsmedizin 8:1:13-20.

- Hampton, S. (2004): A guide to managing the surrounding of skin of chronic exuding wounds. In: Prof Nurse 19:12:30-32.
- Hasseler, M., Görres, S. (2005): Was Pflegebedürftige wirklich brauchen. Herausforderungen an eine bedarfsgerechte ambulante und stationäre Pflege. Schlütersche Verlagsgesellschaft. Hannover.
- Hess, C.T. (2005): The art of skin and wound care documentation. In: Home Healthc Nurse 23:8:502-513.
- Höhm, U. (2007): Qualitätssiegel Geriatrie aus pflegewissenschaftlicher Perspektive. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. Heft 3, S.141-146.
- IQWiG, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. (2006): Internet-Portal. Köln, IQWiG 2006. Internet: <http://www.iqwig.de> (Zugriff:27.3.2006)
- Josat, S. & Schubert, H.J. & Schnell, M. W. & Köck, C. (2006): Qualitätskriterien, die Altenpflegeheimbewohner und Angehörigen wichtig sind. In: Pflege, 19, s. 79-87.
- Josat, S. et al (2006): Qualitätskriterien, die Altenpflegeheimbewohnern 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 Heimbewohnern. In: Motel-Klingbeil, A., Kelle, U. (Hrsg.): Perspektiven der empirischen Alter(n)ssoziologie. Leske + Budrich: Opladen. S. 99-131.
- 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.
- Laherty, et al (1997): Protocols and guidelines for managing wounds. In: Prof Nurse 13:2:79-81.
- Laible, J. (2000): Die Prävalenz des Ulcus cruris in der häuslichen Pflege. Eine epidemiologische Untersuchung in Nordrhein-Westfalen, Universität Witten-Herdecke.
- Lamura G, Döhner H, Kofahl C on behalf of the EUROFAMCARE Consortium (eds.) (2007) Services for Supporting Family Carers of Older Dependent People in Europe. The Trans-European Report. Hamburg, LIT Verlag (in press).
- LoBiondo-Wood, G., Haber, J. (2005): Pflegeforschung. Methoden, Bewertung, Anwendung. 2. Aufl. Elsevier, Urban & Fischer: München.
- Lütticke, J. & Schellschmidt, H. (2004): Qualitätsberichte nach § 137 SGB V – Bewertung und Vorschläge zur Erweiterung. In:
- Mahlberg-Breuer, A., Mybes, U. (2007): Pflegedokumentation stationär. Handbuch für die Pflegeleitung. Vincentz Network: Hannover.
- MDS. Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (2004): Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. 1.Bericht des MDS nach §118Abs.4, SGB XI, Manuskript. Essen
- MDS. Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (2005): Grundlagen der Begutachtung. Richtlinien/Erhebungsbogen MDK-Anleitungen. Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege.
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (2005): Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege. Asmuth druck + crossmedia gmbh & co. kg. Köln.

- Medizinischer Dienst der Spitzenkassen der Krankenkassen e.V. (2005): Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege. Asmuth druck + crossmedia gmbh & co. kg. Köln.
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (2007) (Hrsg.): 2. Bericht des MDS nach § 118 Abs. 4 SGB XI. Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. Essen.
- Meyer, G. & Köpke, S. (2007): Lamentieren, aber nicht stagnieren. In: Pflegezeitschrift. Heft 10, S. 542-543.
- Mitchell, P.H., Shortell, S.VL. (1997): Averse outcomes and variations in organization of care delivery. *Medical care*, Vol. 35, No 11, 19-32.
- Mittnacht, B. & Roes, M. & Biehl, M. Görres, S. (2006): Bewertung der Qualitätsaktivitäten in den verschiedenen Betreuungssystemen. In: Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e.V. (BUKo-QS) (Hrsg.): Strategien der Qualitätsentwicklung in Pflege und Betreuung. C.F.Müller. Heidelberg. S. 177-202.
- Müller-Mundt, G. et al (2000): Schmerzmanagement und PFlEge – Ergebnisse einer Literaturanalyse. In: *Pflege* 13:325-338.
- Niedersächsisches Landesministerium für Soziales, Frauen, Familie, Frauen und Gesundheit (2004): Grundprinzipien und Leitlinien der Pflegedokumentation. Hannover.
- Ollenschläger, G. (2007): Institutionalisierung der Qualitätsentwicklung in der Pflege. Gutachten für die Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e.V. (BUKO-QS). Köln.
- Panfil, E.-M. (2004): Fokus: Klinische Pflegeforschung. Beispiele quantitativer Studien. Wittener Schriften. Hannover: Schlütersche.
- Price, P. et al (2007): Managing painful chronic wounds: the Wound Pain Management Model. In: *Int Wound J* 4 Suppl. 1:4-15.
- Randzio, O. & Fischer, W. (2007): Der Pflegequalitätstest. In: *Altenheim*. Heft 9, S. 33-35.
- Reutlinger, B. (2001): Pflegequalität: Forderungen, Zusammenhänge, Wege der Sicherung. In: *Pr-Internet* 5:85-107.
- Röber, M. (2005): Wohlfahrtspluralismus und häusliche Pflegearrangements. (Digitale Dissertation). Online-Adresse: <http://geb.uni-giessen.de/geb/volltexte/2006/2841/>. Entstanden am Fachbereich für Sozial- und Kulturwissenschaft, Justus Liebig Universität Gießen.
- Roth, G. (2002): Qualität in Pflegeheimen. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Forschungsgesellschaft für Gerontologie an der Universität Dortmund. Dortmund.
- Roth, G. (2007): Qualitätsprobleme in der Altenpflege: Versuch einer soziologischen Aufklärung. in: *PrinterNet*, Heft 1, S.42-51.
- Savina, C. et al (2003): Administering the „AHSP-Questionnaire“ (appetite, hunger, sensory perception) in a geriatric rehabilitation care. In: *The journal of nutrition, health & aging* 7:6:385-389.

Schmidt, R. (2002): Impulse zur sektoren- und systemübergreifenden Qualitätsentwicklung. In: Motel-Klingbeil, H. et al (Hg.): Lebensqualität im Alter. Generationsbeziehungen und öffentliche Servicesysteme im sozialen Wandel. Opladen: Leske + Budrich, S. 175-200.

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.

Schönberg, F. & Schnabel, E. (2003): Qualitätssicherung und Nutzerperspektive. In: Schnabel, E. & Schönberg, F. (Hrsg.): Qualitätsentwicklung in der Versorgung Pflegebedürftiger. Bilanz und Perspektiven. LIT Verlag Münster. Hamburg, London. S. 168-190.

Seitz, B. & Weibler-Villalobos, U. & Zieres, G. (2007): Der einrichtungsbezogene Qualitätsbericht. In: Altenheim. Heft 9, S. 36- 38.

Selbmann, H.-K. (2007): Hohe Qualität und restriktive Ressourcen – ein Widerspruch? In: ZaeFQ 6:101:391-396.

Stemmer, R. (2005): Zur aktuellen Lage der pflegesensitiven Outcomemessung – eine Übersicht. In: PrinterNet, Heft 7, S.430-435.

Stockmann, R. (2006): Evaluation und Qualitätsentwicklung. Waxmann Münster. New York, München, Berlin.

Voggenreiter, G., Dold, C. (2004): Wundtherapie – Wunden professionell beurteilen und behandeln. Stuttgart: Thieme.

Volkert, D. (2006): Der Body Mass Index (BMI) – ein wichtiger Parameter zur Beurteilung des Ernährungszustands. In: Akt Ernähr Med 31:3:126-132.

Wingenfeld, K. (2003): Studien zur Nutzerperspektive in der Pflege. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. P03-124.

Wipp, M. (2004): Projekt Entbürokratisierung der Pflegedokumentation – im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Senioren. München.

## Kontakt

### **Prof. Dr. Stefan Görres**

iap expert GmbH  
Kooperationspartner der Universität Bremen

Mühlental 15  
28717 Bremen

Tel: 0421/218-7443  
Fax: 0421/218-8768  
e-mail: [sgoerres@uni-bremen.de](mailto:sgoerres@uni-bremen.de)