

**Ergebnisqualität und Lebensqualität in stationären
Einrichtungen: Welche Indikatoren und Instrumente brauchen
wir?**

Kommentar aus Sicht der Wissenschaft

**Prof. Dr. Martina Hasseler
Angewandte Wissenschaften Hamburg**

*- Statement -
anlässlich des Pflegeforums des MDS
„Externe Qualitätssicherung in der Pflege
- Perspektiven für die Zukunft“
am 19. Mai 2011 in Berlin*

**Statement zum Projekt
„Entwicklung und Erprobung
von Instrumenten zur
Beurteilung der
Ergebnisqualität in der
stationären Altenhilfe“**

MDS-Pflegeforum 2011

Martina Hasseler

19.05.2011

In den letzten Wochen und Monaten sind der Umfang, der zeitliche Rahmen, in dem die Indikatoren entwickelt worden sind, sowie die vorliegenden Ergebnisse mehrfach lobend erwähnt worden. Ich möchte mich zunächst diesen anerkennenden Worten anschließen und sogleich mit einer kritischen Reflexion beginnen.

Auf dem Hauptstadtkongress hat Herr Brüggemann seinen Vortrag damit begonnen, dass die wissenschaftliche Diskussion um die Indikatoren zur Messung der Ergebnisqualität und Lebensqualität noch nicht eingesetzt hat. Dieser Feststellung ist zuzustimmen, vor allem, da eine wissenschaftliche Diskussion noch nicht einsetzen konnte, weil der Abschlussbericht noch nicht für alle zugänglich vorliegt.

Welche Entwicklungen und Unterschiede sind vor dem Hintergrund der Ergebnisse dieses Projektes im Vergleich mit der derzeitigen Situation hinsichtlich Ergebnis- und Lebensqualitätsindikatoren in der Qualitätsprüfung anzuführen?

- Die Autoren haben eine allgemeine Definition von Ergebnisqualität angeführt, die erkennen lässt, dass Pflegesensitivität im Fokus der Entwicklung und Überprüfung der Indikatoren steht.
- Es werden insgesamt 6 Bereiche differenziert, die für die Darstellung von Qualität im Kontext der Ergebnisqualität aus Sicht der Projektnehmer als sinnvoll erscheinen und unter die jeweils eine unterschiedliche Anzahl von Indikatoren subsumiert sind.
- Die Indikatoren basieren in der Begründung auf eine themenbezogene Auseinandersetzung mit dem internationalen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse. Es werden auf dieser Basis fachliche Begründungen für die Wahl der Indikatoren angegeben. Mit anderen Worten, die Indikatoren basieren auf einer Auseinandersetzung mit theoretischen und wissenschaftlichen Erkenntnissen.

- Für einige Indikatoren werden „Risikoadjustierungen“ bzw. „Risikogruppenbildungen“ angewendet. Diese orientieren sich überwiegend an der Unterscheidung zwischen Personen mit und ohne kognitive Beeinträchtigung. Die Differenzierung der einbezogenen bzw. nicht einbezogenen Personen ergibt sich aus der Anwendung des Moduls 2 aus dem NBA.
- Die Indikatoren (sollen auf) basieren auf einer Vollerhebung der Bewohner/innen.
- Überprüfung der Praktikabilität und Durchführbarkeit („Feasibility“).
- Für den Teil der Lebensqualitätsindikatoren wird nachvollziehbar dargestellt, auf welcher Basis die Indikatoren entwickelt worden sind. Auch wird das Ziel formuliert, dass Indikatoren gewählt werden sollten, die von den Einrichtungen beeinflussbar sind.
- An der Entwicklung der Indikatoren sind Einrichtungen, Praktiker/innen, Experten/innen (Beirat, Regionalkonferenzen) beteiligt worden, so dass annähernd von einer Inhaltsvalidität der Indikatoren ausgegangen werden kann.
- Die Indikatoren sind einer wissenschaftlichen Überprüfung unterzogen worden.

Diese im nationalen Kontext entwickelten Indikatoren müssen sich in Zukunft ähnlichen kritischen Fragen stellen, wie sie auch im internationalen Raum an Qualitätsindikatoren herangetragen werden, um das Ziel zu verfolgen, eine Optimierung der Aussagekraft und Wirksamkeit der Indikatoren zu erreichen. Dazu zählen Fragen wie: Erfüllen die Indikatoren wissenschaftliche Gütekriterien? Sind sie sensitiv und spezifisch? Sind die Stichproben ausreichend groß? Wird ein Case-Mix in den Einrichtungen berücksichtigt, um vergleichende Darstellungen zu erlauben? Bestimmen

die Indikatoren ausreichend die Schwelle zwischen guter und schlechter Qualität? u.w.m.

- Ähnlich wie im internationalen Raum bleibt offen, inwiefern die Indikatoren die Performanz der Heime widerspiegeln und wie der Zusammenhang zwischen Prozess- und Ergebnisqualität zu sehen ist. Für einige der Indikatoren mag dieser Zusammenhang herzustellen sein, wie bspw. „Dekubitusentstehung bei Bewohnern mit geringem Dekubitusrisiko“ oder „Gurtfixierungen“.
- Für andere Indikatoren kann dieser Sachverhalt durchaus anders beurteilt werden, wie die Indikatoren „Schmerzmanagement“ oder „Einschätzung von Verhaltensauffälligkeiten bei Bewohnern mit kognitiven Einbußen“ oder „Sturzfolgen“ (s. weiteren Text).
- Für einige der Indikatoren können inhaltliche und fachliche Diskussionen geführt werden. Als Beispiel sei der Indikator „Erhalt und Verbesserung der Mobilität“ genannt. Die Autoren formulieren, dass dieser Indikator stellvertretend für die Verbesserung oder Verschlechterung der Selbständigkeit der Bewohner steht. Für die Messung wird ein Modul aus dem NBA herangeführt. Die Items aus diesem Modul geben zunächst lediglich einen Hinweis darauf, ob die eingeschätzte Person sich körperlich und räumlich bewegen kann, gekennzeichnet durch Positionswechsel im Bett, durch stabile Sitzpositionen o.ä. Ein so verstandener Selbständigkeitsbegriff ist relativ eng gefasst, da die Selbständigkeit von Personen auch den oberen Bewegungsapparat umfasst und sich an der Fähigkeit festmachen kann, Arme und Hände zu bewegen (in der Einstufung von Pflegebedürftigkeit auf der Basis der derzeit gültigen Richtlinien bspw. u.a. durch Nacken- und Schürzengriff überprüft). Eine Einschränkung im Bereich der oberen Extremitäten führt in vielen Bereichen zu Einschränkungen in der Selbständigkeit, da relevante Verrichtungen des täglichen Lebens nicht mehr oder nur

eingeschränkt durchgeführt werden können. Mit diesem Indikator wird zunächst angezeigt, inwieweit die eingeschätzten Personen sich räumlich weiter bewegen können. Dieser Indikator, der aus dem NBA herausgenommen worden ist, wurde ursprünglich dafür entwickelt, Pflegebedürftigkeit nach SGB XI einzuschätzen. Damit wurde eine andere Intention mit ihm verfolgt. Es ist grundsätzlich zu diskutieren, ob Indikatoren zur Einschätzung der Pflegebedürftigkeit auch für die Darstellung von Ergebnisqualität in den Einrichtungen geeignet sind.

- Für einige Indikatoren wird eine Form von „Risikoadjustierung bzw. Risikogruppenbildung“ angewendet. In den meisten Fällen handelt es sich um eine Unterscheidung zwischen Personen mit und ohne kognitive Einschränkungen. Für Personen mit kognitiven Einschränkungen werden für einige Indikatoren eigene Gruppen gebildet, was eine relativ einfache Methode darstellt. International betrachtet haben sich andere Methoden durchgesetzt. Aus meiner Perspektive ist diese Trennung eher unscharf, da nicht klar definiert ist, welche kognitiven Einschränkungen darunter fallen. Neben Demenz gibt es in der gerontopsychiatrischen Krankheitslehre noch andere wie bspw. Depression, Delir, durch hirnrnorganische Erkrankungen versuchte kognitive Einschränkungen u.ä. Die andere Frage, die sich stellt ist, ab wann Personen zu der Gruppe kognitiver Einschränkungen gezählt werden (d.h. welcher Demenzgrad u.ä.). Da auf ein Modul des NBA rekurriert wird, welches ursprünglich für die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit entwickelt wurde, und nicht auf ein validiertes und bspw. aus dem gerontologischen Basisassessment anerkanntes Instrument zur Einschätzung kognitiver Einschränkungen Bezug genommen wird, bleibt eine möglichst eindeutige Zuordnung zu dieser „Risikogruppe“ zunächst schwierig.
- Nicht alle hier aufgeführten Indikatoren sind als Ergebnisqualitätsindikatoren zu klassifizieren, sondern vielmehr als Prozessindikatoren. Beispielhaft sei hier der Indikator

„Schmerzmanagement“ angeführt. Die Definition für diesen Indikator lautet: „Der Anteil der Bewohner mit bestehender Schmerzproblematik, für die eine Schmerzeinschätzung vorliegt“. Das Thema Schmerz ist sehr wichtig und grundsätzlich im Rahmen einer Qualitätsprüfung von großer Bedeutung. Die Autoren formulieren, dass Ergebnisse dieses Indikators Hinweise darüber geben, wie der Expertenstandard Schmerz umgesetzt wird. Dieser Einschätzung kann so nicht gefolgt werden, da der Indikator die Einschätzung von Schmerz bei Bewohnern erfragt, aber nicht, wie die Einrichtung mit dem Ergebnis umgeht. Er gibt auch keine Auskunft darüber, ob und wie der Expertenstandard umgesetzt wird. Für die Messung der Umsetzung von Expertenstandards (Prozessqualität) müssten andere Indikatoren entwickelt werden (bspw. Schmerzfreiheit o.ä.). Als ein weiterer Indikator kann z.B. folgender angeführt werden: „Integrationsgespräche für Bewohner nach Heimeinzug“. Mit diesem Indikator wird erfasst, ob ein Gespräch durchgeführt wird und wer daran teilgenommen hat. Damit ist er als Prozessindikator zu klassifizieren. Die Durchführung eines solchen Gespräches bedeutet nicht zwingend, dass Heimbewohner sich schneller und besser integrieren können. Es wäre möglich, diesen Indikator als Prozessindikator zu führen und für die Ergebnisqualität einen weiteren Indikator zu entwickeln, der darauf Bezug nimmt. Die Einbeziehung eines solchen Indikators ist allgemein von Bedeutung, da der Blick auf die Person gelenkt wird. Auch der Indikator „Einschätzung von herausforderndem Verhalten“ ist als ein Prozessindikator einzustufen. Aus fachlicher Perspektive ist es durchaus sinnvoll, diesen Indikator einzubeziehen. Aus der Messung dieses Indikators kann jedoch nicht geschlussfolgert werden, dass damit Aussagen darüber gemacht werden, inwieweit Einrichtungen auf die spezifischen Bedarfslagen eingehen. Offen bleibt, was die Einrichtung mit den Ergebnissen eines solchen Indikators macht. Vor diesem

Hintergrund müsste ein weiterer Ergebnisindikator gebildet werden, der genau diese Frage abbildet.

Es ist möglich, dass eine Erkenntnis weiter führender Forschungsprojekte zur Entwicklung und Überprüfung von Ergebnisqualitätsindikatoren in der Langzeitpflege sein kann, dass nur wenige, dafür qualifizierte Indikatoren als Ergebnisqualitätsindikatoren einzuordnen sind, und überwiegend Prozessindikatoren ggf. das Prüfungsgeschehen bestimmen. Auch Donabedian (2005) formuliert, dass nicht immer Ergebnisqualitätsindikatoren für Qualitätsprüfungen angemessen sind. Andere Autoren wie Mainz (2003) plädieren dafür, die Frage, wie Einrichtungen zu Ergebnissen kommen, nicht zu vernachlässigen, da Ergebnisqualitätsindikatoren dazu nicht immer Aussagen machen. Da jedoch für den nationalen Raum keine umfassenden Ergebnisse dazu vorliegen und auch international die Aussage getroffen wird, dass kein anerkanntes Set von Ergebnisqualitätsindikatoren vorliegt (Nakrem et al. 2009), können diesbezüglich nur Hypothesen formuliert.

- In diesem Projekt werden für einige Indikatoren „Risikogruppenbildung/oder Risikoadjustierung“, aber für andere keine vorgenommen. Erwähnt sei an dieser Stelle der Indikator „Selbständigkeit oder –verbesserung bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte“. Wenn man in der Systematik dieser Ergebnisqualitätsindikatorenbildung bleibt, so wäre auch hier eine entsprechende „Risikogruppenbildung/oder Risikoadjustierung“ möglich. Insgesamt bleibt unklar, aus welchen Gründen bei einigen Indikatoren „Risikogruppenbildungen/Risikoadjustierungen“ vorgenommen wurden und bei anderen nicht.
- In der Bewertung einiger Ergebnisse der wissenschaftlichen Überprüfung der Indikatoren bleiben die Projektnehmer nicht immer in einer konsistenten Bewertung und sie haben möglicherweise auch nicht immer

die angemessenen Konsequenzen aus einigen Ergebnissen gezogen. So wird die nicht gute Interrater-Reliabilität (Cohens-Kappa) des Indikators „Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte“ dahingehend bewertet, dass Mitarbeiter für die Einschätzung der Selbständigkeit Bewohner sehr gut kennen müssen, um diesen Indikator angemessen einschätzen zu können. Zum einen ist zu hinterfragen, ob innerhalb eines Projektes einmal ein nicht gutes Ergebnis in der Überprüfung einiger Gütekriterien zu der Schlussfolgerung führen kann, dass er nicht geeignet sei. Das andere Mal bei anderen Indikatoren darauf verwiesen wird, dass der Mitarbeiter den Betroffenen nur gut genug kennen müsse, damit der Indikator reliable Ergebnisse produziere. Es müsste überprüft werden, ob eine Schulung des Personals zu besseren Ergebnissen führt oder bestimmte Personenkreise ausgeschlossen werden müssen, um gute Ergebnisse zu erzielen. Eigentlich sollten unabhängig von der Person, die misst, und den Voraussetzungen gute Ergebnisse erzielt werden. Des Weiteren könnte genau der Faktor des „gut Kennens“ auch einen Bias in der Einschätzung des Indikators bedeuten. Darüber hinaus wäre eine andere mögliche Konsequenz aus dem Ergebnis, dass dieser Indikator in dieser Form für die Ergebnisqualitätsindikatoren nicht geeignet ist und ggf. andere entwickelt werden müssen oder sollten. Da dieser Indikator inhaltlich von besonderer Bedeutung ist, sollte auf die Entwicklung auf wissenschaftlich-systematischer Basis ausreichend Wert gelegt werden.

- Des Weiteren kann diskutiert werden, ob die Indikatoren die Ergebnisse liefern, die die Autoren diesen zuschreiben. Beispielsweise werden Ergebnisse des Indikators „Selbständigkeitserhalt oder –verbesserung bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte“ als Beschreibungen dahingehend verstanden, dass dieser darstellt, wie gut die Einrichtung bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte fördert. Wenn man sich die einzelnen Items dieses Indikators

anschaut zeigt er zunächst, wie selbständig oder unselbständig die Menschen in der „Gestaltung des Tagesablaufes“ oder in der Aktivität „Ruhens und Schlafen“ oder „Sich beschäftigen“ ist. Ähnlich ist die Interpretation der Resultate des Indikators „Erhalt und Verbesserung der Mobilität“ zu betrachten. Die Autoren schreiben diesem Indikator zu, dass er widerspiegelt, wie gut eine Einrichtung sich um die Förderung der Selbständigkeit der Bewohner im Bereich der Mobilität bemüht. Die Items dieses Indikators stellen zunächst nur dar, wie selbständig oder unselbständig die eingeschätzten Personen bestimmte Aktivitäten wie „Positionswechsel im Bett“ oder „stabile Sitzpositionen“ einnehmen können.

- Ähnlich ist die Problematik unterschiedlicher Fallzahlen für einzelne Indikatoren zu beurteilen. Beim Indikator „Erhalt oder Verbesserung der Mobilität“ werden für die Beurteilung der Aussagekraft Einrichtungen mit sehr geringen Fallzahlen (Teilerhebungen) nicht einbezogen, sondern nur Einrichtungen mit Vollerhebungen berücksichtigt. Für die Zukunft bleibt offen, wie damit zu verfahren ist, wenn in den Einrichtungen nur geringe Fallzahlen vorliegen. Wie ist die Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu beurteilen? Offen bleibt auch, warum in einigen Einrichtungen nur Teilerhebungen vorliegen. Kleine Fallzahlen bergen das Problem der Variabilität der Ergebnisse bei den betreffenden Indikatoren in sich. Für die Zukunft wäre es sinnvoll zu wissen, wie hoch die Variabilität ist, um beurteilen zu können, wie die Auswirkungen kleiner Fallzahlen sind. Bei einer hohen Stabilität der Ergebnisse könnten kleine Fallzahlen möglicherweise wenig problematisch sein. Wenn Ergebnisse zur Variabilität auch bei den eingeschlossenen Indikatoren vorliegen, so wäre es sinnvoll, auch diese zu veröffentlichen.
- Das Problem der kleinen Fallzahlen und deren Einflüsse auf die ermittelten Anteilswerte bei kleinen Einrichtungen werden unter anderem am Indikator „Dekubitusentstehung“ sichtbar. Die Autoren versuchen

diese Problematik zu lösen, indem nur Einrichtungen mit dem Wert „unterdurchschnittlich gut“ beurteilt werden, wenn mehr als 1 Bewohner in der Einrichtung einen Dekubitus in der Einrichtung entwickelt hat. Diese Setzung wird fachlich nicht begründet. Ein ähnliches Problem zeigt sich am Indikator „unbeabsichtigter Gewichtsverlust“. Es wird der Anteil der Bewohner mit unbeabsichtigtem Gewichtsverlust pro Einrichtung angegeben. In Einrichtung 2 und 17 ist jeweils 1 Bewohner mit unbeabsichtigtem Gewichtsverlust angegeben. Für Einrichtung 2 mit 29 einbezogenen Bewohnern ergibt sich ein Anteil von 3,4% und für Einrichtung 17 mit 12 einbezogenen Bewohnern ein Anteil von 8,3%. Welche Aussage hinsichtlich Qualität kann mit diesem Vergleich ausgesagt werden. Es tritt jeweils nur 1 Person mit einem Dekubitus bzw. mit einem unbeabsichtigten Gewichtsverlust im Ergebnis auf. Das Problem ist in diesem Fall nicht die Stichprobengröße, sondern dass nur jeweils 1 Person mit einem Dekubitus bzw. unbeabsichtigten Gewichtsverlust auftritt und eine Setzung vorgenommen wird, erst ab 2 Personen mit „Dekubitus“ oder „unbeabsichtigtem Gewichtsverlust“ eine Berücksichtigung „unterdurchschnittlich gut“ in der Qualitätsprüfung erfolgt.

- Aus fachlicher Sicht stellt sich des Weiteren die Frage, wie es sich mit der Flüssigkeitsversorgung verhält, die für die Gesundheit (bspw. auch für die Verhinderung kognitiver Einschränkungen wie Delir) von Bedeutung ist. Im derzeit vorliegenden Indikatorenset scheint diese nicht berücksichtigt zu sein.
- Die Aussage der Autoren, dass die Einschätzung des Indikators „unbeabsichtigter Gewichtsverlust“ präzise ist, kann insofern widersprochen werden, als dass Mitarbeiter selbständig einschätzen müssen, ob Erkrankungen vorliegen, die den Gewichtsverlust begünstigen können. Es gibt einige konsumptive Erkrankungen, die dafür ursächlich sein können, aber auch andere, die Mangel-/Fehlernährung

begünstigen können. Des Weiteren ist für diese Einschätzung ein hohes fachliches Wissen erforderlich und für eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse sollte sichergestellt werden, dass die Mitarbeiter dieselben Erkrankungen für diesen Indikator zugrunde legen, um Bewohner aus diesem Indikator sicher auszuschließen. Eine Frage ist auch, welche Rolle der Faktor „Hochaltrigkeit“ spielt. Falls dieser Faktor in der Überprüfung berücksichtigt worden ist, so wäre es empfehlenswert, derartige Ergebnisse auch im Abschlussbericht darzustellen.

- Am Indikator „Sturzfolgen“ kann deutlich gemacht werden, dass die Frage, wie die Einrichtungen zu den Ergebnissen kommen, von hoher Relevanz bleibt. Dieser Indikator misst, ob ein Bewohner in den letzten 3 Monaten gestürzt ist und welche Sturzfolgen aufgetreten sind. Dieser Indikator wird auf der Basis der Dokumentation in den Einrichtungen gemessen. Die Autoren selbst schränken ein, dass damit die Qualität der Ergebnisse von der Qualität der Dokumentation abhängig ist. Dieses Problem wird auch in der internationalen Literatur diskutiert und damit auch die Frage nach der Güte dieses Indikators. Des Weiteren kann der Schlussfolgerung der Autoren nicht zwingend gefolgt werden, dass die Ergebnisse dieses Indikators Erkenntnisse über Qualitätsdefizite in und zwischen den Teilbereichen erkennen lassen, da die Gründe für das Stürzen und Nicht-Stürzen nicht erkennbar werden (bspw. bessere Mobilitätsprogramme, mehr Fixierungen, bessere oder schlechtere Dokumentation mehr Personal, Polypharmazie etc.).
- Für bestimmte vulnerable Gruppen werden keine Qualitätsprüfungen vorgenommen, da sie bspw. wegen bestimmter Erkrankungen oder akuter Krankheitsereignisse nicht eingeschlossen werden können. Relativ häufig handelt es sich um komatöse oder somnolente Personen oder Menschen nach einem Schlaganfall. Für einige Indikatoren ist dieser Ausschluss als sinnvoll zu beurteilen (bspw. Indikatoren zum Erhalt und zum Mobilitätserhalt oder -verbesserung oder

- Selbständigkeitserhalt oder –verbesserung bei Alltagsverrichtungen). Es bleibt noch die Frage zu beantworten, welche Ergebnis- und Lebensqualitätsindikatoren für ausgeschlossene Personengruppen herangezogen werden können und/oder sollten, um auch für diese eine Einschätzung der Qualität der Pflege vorliegen zu haben.
- Für den Bereich der in diesem Projekt entwickelten Ergebnisqualitätsindikatoren bleibt festzuhalten, dass überwiegend Indikatoren für die Messung des gesundheitlichen Zustandes gewählt wurden. Es wird im Projektbericht nicht ersichtlich (noch wurde es im Beirat) diskutiert, aus welchen Gründen diese Bereiche und Indikatoren gewählt wurden. Für die weitere Entwicklung, diese Indikatoren möglicherweise für die Transparenzkriterien zu nutzen, muss berücksichtigt werden, dass ggf. weitere Indikatoren fehlen, die a) für Verbraucher/innen sinnvoll sind, um sich über die Qualität von Einrichtungen zu informieren und b) auch Prozess- und Strukturindikatoren aufnehmen, die für diese interessant sind.
 - Es fehlt eine differenzierte Darstellung der Ergebnisse zur Überprüfung der Gütekriterien. Für eine differenzierte wissenschaftliche Beurteilung der Indikatoren wäre es angemessen, auch diese ausführlicher zu veröffentlichen.
 - Für den Teil der Lebensqualitätsindikatoren ist aus meiner Perspektive die von Autoren formulierte Aussage nicht nachvollziehbar, dass vorhandene Instrumente zur Messung der Lebensqualität nicht herangezogen worden sind, da sie nicht auf der Ebene der Ergebnisqualität einsetzbar sind. Dies ist jedoch im Allgemeinen nicht der Fokus in der Messung von Lebensqualität. Die Messung von Lebensqualität hat zum Ziel, die körperliche Verfassung, psychisches Wohlbefinden, soziale Beziehungen, Funktionsfähigkeit im Alltag (Rupprecht 2006) aus der Perspektive der Betroffenen zu untersuchen.
 - In der Bewertung grenzt sich dieser Bereich vom obigen diskutierten Teil der Entwicklung und Überprüfung Ergebnisqualitätsindikatoren ab. Die Bewertung von überdurchschnittlich bis unterdurchschnittlich ist fünfstufig und die Klassifizierung in diese Bereiche wird im Bezug zum Mittelwert der Ergebnisse vorgenommen. An dieser Stelle taucht ein ähnliches Problem wie in der Bewertungssystematik der Pflege Transparenzkriterien auf. Im Grunde handelt es sich um eine ordinale Skala, aus dem eine Mittelwertberechnung erfolgt. Aus methodischer Sicht ist dies eigentlich nicht zulässig, so dass es angemessener wäre, in diesem Teil der Lebensqualität mit Anteilen in der Ergebnisdarstellung zu operieren. Des Weiteren wird die Kategorie „zum Teil“ als nicht erreicht gewertet. Diesbezüglich stellt sich die Frage, aus welchen Gründen eine dreistufige Antwortkategorie vorgenommen wurde, aber dichotom ausgewertet wird. Grundsätzlich wäre es sinnvoll und angemessener im Vorfeld bereits darüber aufzuklären, dass die Kategorie „zum Teil“ als nicht erfüllt kategorisiert wird bzw. von vorneherein nur „erfüllt“ oder „nicht erfüllt“ zuzulassen, da man den Antwortenden ansonsten unter anderen Prämissen antworten lässt. Eine weitere Frage ist, woher und wie lassen sich die definierten Grenzen in der fünfstufigen Bewertung begründen bzw. warum wurden sie so vorgenommen? Warum unterscheidet sich diese vergleichende Darstellung der Ergebnisse sich von dem Teil der Ergebnisqualitätsindikatoren?
 - Nach Durchsicht der gewählten Indikatoren kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass es sich in der Beurteilung dieser Kriterien um eine Bewertung von hauswirtschaftlichen Leistungen und Serviceleistungen handelt. Diese Fokussierung ist sicherlich für die Einrichtungen von Interesse, um ihre Leistungen in diesem Bereich zu optimieren, gleichwohl wird nicht Lebensqualität der Bewohner/innen mit den Resultaten dargestellt.

- Einige Indikatoren sollten in ihrer Konsequenz für die Einrichtungen und Bewohner beurteilt werden. Im Indikator „Bedürfnisgerechte Beschäftigung aus Nutzersicht“ werden Angebote wie Basteln, Singen, Spielen aufgelistet. Abgesehen von der Gefahr einer Infantilisierung des Alters ist zu berücksichtigen, dass durch die beispielhafte Aufzählung eine Eingrenzung der Aktivitäten vorgenommen wird. Eine bedürfnisgerechte Beschäftigung kann auch das Hören einer Diskussionssendung im Radio (DLF) oder das Ansehen eines Sinfoniekonzertes auf Arte bedeuten. Ähnlich problematisch ist der Indikator „Aktionsradius von Bewohner mit deutlich eingeschränkter Mobilität“ zu beurteilen. In der Konsequenz wird er wahrscheinlich dazu führen, dass jeder Bewohner, ob er will oder nicht, mindestens zweimal wöchentlich das Zimmer verlassen muss, um gute Ergebnisse zu erzielen. Die Frage ist, welche Aussagen über Lebensqualität werden mit diesem Indikator getroffen?
- Zusammenfassend erscheint es erforderlich, weitere Fragen zu beantworten, die mit dem Prozess der Einführung und dem Verhältnis von interner und externer Qualitätsprüfung in einem Zusammenhang stehen. Z.B.: Welche Bedeutung hat die externe Prüfung? Wo werden die Daten aller Einrichtungen gesammelt? Wer wertet diese Daten aus, um sie in ein Benchmarking-Verfahren zu überführen (vergleichende Darstellung)? Wie oft werden die Daten entsprechend ausgewertet? Wie werden sie veröffentlicht? Wann und in welcher Weise wird die externe Prüfung durchgeführt? Wie und wo soll in den Einrichtungen dokumentiert werden? Wird es ein einheitliches Softwaresysteme geben? Wer legt die Durchschnittswerte fest? Wie oft erfolgt diese Festlegung – einmalig oder jährlich? Welche Rolle spielt die Stichprobengröße? Ist der Versuch der Risikoadjustierung oder Risikogruppenbildung angemessen? Spiegeln diese Indikatoren eine Performanz der Einrichtungen wider? Wie verhält es sich neben der Interraterreliabilität

und Praktikabilität mit anderen Gütekriterien? (pflegespezifisch, pflegesensitiv, Objektivität, Validität...)? Das heißt, nach der Phase der Entwicklung der vorliegenden Indikatoren wäre der nächste Schritt, die Qualitätsindikatoren systematisch zu bewerten. Dafür könnte bspw. QUALIFY zugrunde gelegt werden (BQS 2007).

Abschließend bleibt festzuhalten, dass diese hier gewählten Indikatoren einen Ausschnitt von Pflegequalität darstellen. Andere Bereiche werden damit nicht abgedeckt. Diese Limitation ist allen Systemen der Qualitätsprüfung und Darstellung inhärent, da jede Selektion von Indikatoren einschließt, dass andere Bereiche nicht berücksichtigt werden können. Vor diesem Hintergrund sind die Wahl der Indikatoren gut zu begründen und Konsequenzen für die Wahl von Indikatoren der Qualitätsprüfung zu reflektieren und transparent zu machen. Mit diesem Projekt stehen wir am Beginn einer systematischen Entwicklung und Diskussion von Ergebnis- und Lebensqualitätsindikatoren. Es kann auch vor dem Hintergrund internationaler Diskussionen nicht erwartet werden, dass wir mit den Ergebnissen dieses Projektes ein abschließendes Resultat gefunden hätten.