

Verbraucherfreundliche Qualitätsberichte in der Pflege – Anforderungen an Inhalt und Darstellung

Konzeption

Verbraucherfreundliche Qualitätsberichte in der Pflege - Anforderungen an Inhalt und Darstellung

Zusammenfassung

In dem vom Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz geförderten und von der Verbraucherzentrale (VBZ) Rheinland-Pfalz gemeinsam mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) Rheinland-Pfalz durchgeführten Projekt wurde ein Konzept zur einrichtungsbezogenen, verbraucherfreundlichen Qualitätsberichterstattung in der Pflege nach § 115 SGB XI unter wissenschaftlicher Begleitung erarbeitet und erfolgreich erprobt.

Verbraucherfreundliche Qualitätsberichte (VQB) nach diesem Konzept ermöglichen eine verständliche, aussagefähige und vergleichbare Darstellung der Qualität von Pflegeeinrichtungen unter besonderer Berücksichtigung der Ergebnis- und Lebensqualität aus der Verbraucherperspektive.

Kernpunkte des Konzeptes sind:

1. Die Qualitätsprüfrichtlinie der MDK-Gemeinschaft (QPR) dient als Basis für die Erstellung von Verbraucherfreundlichen Qualitätsberichten. Zur Abbildung der Ergebnis- und Lebensqualität aus der Verbraucherperspektive wurde sie insbesondere um Aspekte der Lebensqualität ergänzt.
2. 9 Prüfbereiche bilden sowohl strukturelle Voraussetzungen als auch pflegerische Verfahrenweisen und deren Ergebnisse ab. Die Versorgung von altersverwirrten Menschen bildet wegen ihrer herausragenden Bedeutung einen dieser Prüfbereiche.
3. Die Befragung der Bewohnerinnen und Bewohner wurde umgestellt auf Fragen zur Lebensqualität, die strikt nach der Ereignismethode konzipiert wurden. Diese liefern differenzierte und aussagekräftige Informationen.

4. Die Stichprobe zur Überprüfung der pflegerischen Ergebnisse bei den Bewohnerinnen und Bewohnern und zu deren Befragung ist repräsentativ und vergleichbar durch eine Schichtung nach Pflegestufen und anschließende Zufallsauswahl.
5. Die Bewertung der Ergebnisse erfolgt systematisch in einer vier-stufigen Skalierung, die sowohl gute als auch schlechte Bewertungen abbildet.
6. Das Bewertungsverfahren ist transparent, reliabel und valide.
7. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt in drei Ebenen. Auf der ersten Ebene werden die Ergebnisse in den 9 Prüfbereichen dargestellt, auf der zweiten Ebene der komplette Erhebungsbogen und auf der dritten Ebene der schriftliche Prüfbericht. So kann unterschiedlichen Informationsbedürfnissen Rechnung getragen werden.
8. Es gibt keinen Gesamtwert je Einrichtung, da ein solcher methodisch nicht möglich ist und inhaltlich zu einer nicht sachgerechten Nivellierung bestehender Unterschiede in den Ergebnissen führt.
9. Die Darstellung der Ergebnisse in der ersten Ebene wird grafisch unterstützt durch eine farbliche Ampelsystematik in Verbindung mit einer Balkengrafik.

Verbraucherfreundliche Qualitätsberichte in der Pflege - Anforderungen an Inhalt und Darstellung

Einleitung

Das Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – PfwG) ist zum 01.07.2008 in Kraft getreten. Eines der maßgeblichen Ziele des PfwG ist es, die Qualitätssicherung in der Pflege auszubauen und die Transparenz zu erhöhen. Zu diesem Zweck ist im neu konzipierten § 115 Abs. 1a SGB XI vorgesehen, dass künftig die Landesverbände der Pflegekassen sicherstellen, dass die von den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leitungen und deren Qualität, insbesondere hinsichtlich der Lebens- und Ergebnisqualität, für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen¹ verständlich, übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei veröffentlicht werden.

Bis zum 30.09.2008 haben der Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände unter Beteiligung des MDS eine Vereinbarung über die Kriterien der Veröffentlichung zu treffen. Diese Vereinbarung soll sowohl Regelungen über die zu erhebenden Qualitätsmerkmale als auch über die Darstellungsform der Qualitätsberichte beinhalten. An diesen Regelungen sollen sich u. a. auch die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der Pflegebedürftigen und behinderten Menschen sowie unabhängige Verbraucherorganisationen auf Bundesebene beteiligen.

¹ Um die Lesbarkeit des Textes zu erhalten, wird im Text durchgängig die männliche Form verwendet. Damit sind selbstverständlich Personen beiderlei Geschlechts gemeint.

Kommt eine Festlegung der Kriterien bis zum 30.09.2008 nicht zustande, werden sie auf Antrag eines der Vereinbarungspartner oder des Bundesministeriums für Gesundheit bis zum 31.12.2008 durch die neu zu gründende Schiedsstelle nach § 113b SGB XI festgesetzt.

Ziel des Projektes „Verbraucherfreundliche Qualitätsberichte – Anforderungen an Inhalt und Darstellung“² ist es, dass in einer ersten Projektphase der MDK Rheinland-Pfalz in Zusammenarbeit mit der Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz eine Handlungsempfehlung für die Erstellung von Qualitätsberichten erarbeitet. Hierbei sollen die bereits bestehenden „Einrichtungsbezogenen Qualitätsberichte (EQB)“ des MDK Rheinland-Pfalz unter methodischen Aspekten, pflegewissenschaftlichen und qualitätsbezogenen Kriterien und vor allem aus Verbrauchersicht weiterentwickelt werden. Diese Handlungsempfehlung soll einfließen in das oben beschriebene Verhandlungsverfahren auf der Basis des § 115 Abs. 1a SGB XI.

Die bisherige Konzeption der Einrichtungsbezogenen Qualitätsberichte des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) Rheinland-Pfalz, im Pflegeweiterentwicklungsgesetz neu „Verbraucherfreundliche Qualitätsberichte VQB“ genannt, wurde auf der Basis der im Gesetz festgeschriebenen Forderung nach vorrangiger Berücksichtigung von Lebens- und Ergebnisqualität, der Ergebnisse zweier Expertengespräche und einer eingehenden Literaturrecherche aktualisiert.

² Das Projekt „Verbraucherfreundliche Qualitätsberichte– Anforderungen an Inhalte und Darstellung“ wird gefördert von dem Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz.

Im Verlauf des Projektes wurde mehrfach die Expertise eines Wissenschaftlichen Beirates aus Pflegewissenschaft, Statistik und Epidemiologie, Qualitätsmanagement und Verbrauchervertretung³ eingeholt und in dem Konzept berücksichtigt. Anwendbarkeit, Reliabilität und Validität wurden in einem Pretest überprüft und entsprechende Änderungen in das Konzept aufgenommen.

In einer zweiten Projektphase wird durch die Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz zur besseren Nutzbarkeit der VQB dazu eine Verbraucherinformation (Lesehilfe) erstellt.

1 Konzept

Die Verbraucherfreundlichen Qualitätsberichte (VQB) basieren ausschließlich auf den Erhebungen der MDK-Prüfer im Rahmen der Qualitätsprüfungen nach § 112, 114 SGB XI. Grundsätzlich wurden deshalb Fragen aus der für die Prüfungen der MDK verbindlichen Qualitätsprüfungsrichtlinie QPR (<http://www.mds-ev.org>) übernommen. Einige Items wurden hinzugefügt, ergänzt oder sprachlich präzisiert. Die nachfolgende Bezeichnung der Erhebungs- und Darstellungsebenen wurde statistischem Sprachgebrauch angepasst.

Die notwendige Aktualität der Erhebungen wird dadurch gesichert, dass der Gesetzgeber im Pflegeweiterentwicklungsgesetz einen jährlichen Prüfrhythmus ab dem Jahr 2011 vorschreibt.

³ Der Wissenschaftliche Beirat des Projektes bestand aus:

Prof. Dr. Maria Blettner, Leiterin des Institutes für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Statistik der Universität Mainz,

Prof. Dr. Johannes Möller, Dekan des Fachbereichs Gesundheit und Pflege der Hamburger Fern-Hochschule,

Frau Sabine Strüder, Referentin für Gesundheitsdienstleistungen der Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz und

Herr Dr. Klaus Wingefeld, Geschäftsführer des Institutes für Pflegewissenschaften der Universität Bielefeld.

2 Skalen, Subskalen und Items

Wesentliche Bereiche der Pflege, Betreuung und Versorgung in Pflegeeinrichtungen, die sich aus der Zusammenfassung mehrerer Unter Aspekte ergeben, werden in der ersten Ebene als neun sog. „**Skalen**“ dargestellt:

- 1) Altersgerechte und individuelle Ausstattung, Information und Anbindung an die Gemeinde
- 2) Soziale Kontakte, Beschäftigung und Betreuung
- 3) Sauberkeit, Speisen und Getränke
- 4) Mitarbeiter
- 5) Fachgerechte und individuelle Planung der Pflege
- 6) Medizinische Versorgung
- 7) Qualität der pflegerischen Versorgung
- 8) Versorgung verwirrter Bewohner
- 9) Befragung der Bewohner zur Lebensqualität

Die Skalen setzen sich zusammen aus einzelnen Unter Aspekten, den „**Subskalen**“. Für die Skala 1 „Ausstattung, Anbindung und Information“ sind dies beispielsweise die Subskalen:

- 1) Ist die Pflegeeinrichtung für die besonderen Bedürfnisse älterer und pflegebedürftiger Menschen ausgestattet?
- 2) Werden die persönlichen Wünsche der Bewohner bei der Nutzung und Gestaltung des Hauses berücksichtigt?
- 3) Hat die Pflegeeinrichtung die Anbindung an die Gemeinde oder den Stadtteil geregelt?
- 4) Gibt es Beratungen und Informationen zu Kosten, Leistungen, Vertragsinhalten etc.?

Die Beurteilung der Subskalen ergibt sich aus dem Vorhandensein definierter Kriterien, der „**Items**“, die mit Buchstaben gekennzeichnet den einzelnen Subskalen zugeordnet sind.

In dem Erhebungs- und Bewertungsbogen (s. Anlage) sind die Skalen, zugehörigen Subskalen und Items ausführlich einschließlich der Bewertungsgrundlagen im Einzelnen dargestellt.

Die Gliederung folgt im Groben der Aufteilung Struktur (Skala 1-4), Abläufe (Skala 5+6) und Ergebnisse (Skala 7-9). Die Skalen 7, 9 und teilweise 8 stellen Ergebnisqualität dar, während die Skalen 1-6 und teilweise 8 die Qualitätsfähigkeit in der strukturellen Ausstattung und Prozessplanung und –steuerung der Pflegeeinrichtung abbilden.

Die strenge Trennung in die Bereiche der Struktur-, Prozess- (Ablauf)- und Ergebnisqualität wurde in der Skala 8 (Versorgung verwirrter Bewohner) bewusst durchbrochen. In der Sicht der Verbraucher handelt es sich bei der Aufteilung in die drei Qualitätsdimensionen Struktur, Prozess und Ergebnis um eine theoretische Aufteilung, die nicht der Struktur ihres Informationsbedürfnisses entspricht.

50 % - 70 % der Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen leiden an einer Demenz; die Demenz ist ein häufiger Grund für den Wechsel von ambulanter in stationäre Pflege. Sie ist das vorherrschende pflegebegründende Syndrom bei stationärer Pflege. Aus diesem Grund wurde gerade an dieser Stelle die methodisch sonst eingehaltene Trennung zwischen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität aufgegeben und die Versorgung dementer Bewohner in allen Bereichen unter der Skala 8 zusammengefasst. Damit soll die große Bedeutung dieses Versorgungsgebietes für die Qualität der Pflege abgebildet werden und dem hohen Informationsbedürfnis der Betroffenen, insbesondere ihrer Angehörigen, Rechnung getragen werden.

Gleichwohl ist man sich der Gesamtproblematik der Abbildung von Ergebnisqualität in der Pflege bewusst, die zur Ausschreibung der Ermittlung von Messkriterien der Ergebnisqualität in der Pflege seitens des Bundesministeriums für Gesundheit geführt hat. Bis zur erfolgreichen Beendigung dieses Projektes mit der Benennung umsetzbarer Ergebniskriterien wird man bei der bisherigen Verknüpfung der fachlichen Bewertung von Prozessschritten und des dabei erzielten pflegerischen Ergebnisses bleiben müssen.

Die Reihenfolge der Skalen entspricht nicht zwangsläufig dem Ablauf der Prüfung. Die erhobenen Daten werden im Verlauf der Prüfung in eine standardisierte Erhebungsmatrix eingegeben, die dieser Reihenfolge entspricht.

Die inhaltliche Aufteilung und die Auswahl der Items in den einzelnen Skalen und deren Benennung berücksichtigt die Informationswünsche von Betroffenen und Experten, zumindest soweit diese bekannt sind. Gesetzlich gefordert und seitens der Betroffenen gewünscht ist eine Schwerpunktsetzung auf Aspekte der Lebensqualität. Bei der Auswahl der erhobenen Kriterien wurde dem durchweg Rechnung getragen, indem insbesondere die Kriterien ausgewählt wurden, die von Betroffenen als Rahmenbedingungen und Voraussetzung für eine gute Lebensqualität benannt wurden.

Die Skalen 1-4 (mit Ausnahme 4.5) und die Subskalen 6.3, 8.1 – 8.3 werden einmalig einrichtungsbezogen erhoben. Die Skalen 5, 7 und 9 sowie die Subskalen 4.5, 6.1-6.2 und 8.4 werden mehrfach jeweils bei den in die Stichprobe einbezogenen Bewohnern erhoben, die Ergebnisse zusammengefasst und als Mittelwert dargestellt. Aus diesem Grund stehen definierte Punktwerte (0, 0.33, 0.66 und 1.0) neben daraus errechneten Mittelwerten zwischen 0 und 1.

Im Rahmen dieses Projektes wird zunächst auf stationäre Pflege abgehoben. Die gesetzliche Verpflichtung bezieht sich auf die beiden Bereiche ambulante und stationäre Pflege. Überwiegend handelt es sich bei der ambulanten Prüfung um eine Teilmenge der stationär erhobenen Kriterien, allerdings können gerade aus Verbrauchersicht weitere Kriterien der Lebensqualität hinzukommen (z. B. Pünktlichkeit,

individuelle Vereinbarung von Besuchszeiten, sichere Verwahrung des Wohnungsschlüssels). Auch wenn die Kriterien im Detail unterschiedlich sind, kann grundsätzlich aus den Ergebnissen in der stationären Pflege auf die Kriterien und deren Darstellung in der ambulanten Pflege geschlossen werden.

3 Methodik der Erhebung und Bewertung

Die Datenerhebung erfolgt im Rahmen der Qualitätsprüfungen nach §§ 112, 114 i.V.m. § 80 SGB XI. Die Prüfungen erfolgen grundsätzlich unangemeldet. Grundlage sind u. a. das Gespräch mit der Leitung und den Mitarbeitern der Pflegeeinrichtung und die von ihnen vorgelegten Dokumente. Für die Überprüfung der Pflegeplanungen und -dokumentationen im Einzelnen, der pflegerischen Versorgung und Lebensqualität der Bewohner muss zudem eine Auswahl von Bewohnern getroffen werden, deren Unterlagen überprüft, deren Pflegezustand in Augenschein genommen und deren Lebensqualität erfragt werden muss.

3.1 Rekrutierung der Stichprobe für die Überprüfung der Pflegequalität

Die Auswahlkriterien für die Stichprobe der Versicherten zur Überprüfung der Pflegequalität müssen klar definiert sein. Nach § 115 1a Pflegeweiterentwicklungsgesetz sollen die Ergebnisse der Prüfung „verständlich, übersichtlich und vergleichbar“ dargestellt werden. Um eine Vergleichbarkeit der Einrichtungen zu gewährleisten, wird nach dem Votum der statistischen Experten eine nach Pflegestufen geschichtete Stichprobe mit gleichen, an der durchschnittlichen bundesweiten Belegung orientierten, Anteilen der Bewohner mit den Pflegestufen 0 + I, II und III gezogen. Die Auswahl der einzelnen Bewohner aus diesen 3 Gruppen erfolgt nach

einem Zufallsverfahren (systematisch oder Würfelstichprobe).⁴ Von der zu prüfenden Einrichtung wird dazu eine Liste aller Bewohner mit deren jeweiligen Pflegestufen zur Verfügung gestellt. Diese Gruppen sind eindeutig abgrenzbar, in jeder Einrichtung valide dokumentiert und auch bei unangemeldeten Prüfungen schnell einzusehen.

Sollte die ausgewählte Person nicht in die Überprüfung einbezogen werden können (z. B. keine Zustimmung zur Prüfung durch die betroffene Person, der Betreuer stimmt nicht zu oder die betroffene Person ist nicht anwesend), muss nach standardisierter Vorgabe (jeweils die auf der Liste folgende Person) nachrekrutiert werden.

Grundsätzlich liegt die Gesamthöhe der Stichprobe bei 10 % der Bewohner, wie in der QPR festgelegt. Bei Pflegeheimen unter 50 Plätzen werden immer 5 Bewohner, bei Pflegeheimen über 150 Plätzen immer 15 Bewohner in die Stichprobe einbezogen (s. QPR).

In der Überprüfung in der Praxis hat sich gezeigt, dass eine Vielzahl der in die Prüfung der pflegerischen Versorgung einbezogenen Bewohner nicht auskunftsfähig für eine Befragung ist. Deshalb wird die Stichprobe der Bewohner für diese Befragung getrennt rekrutiert unter Einbeziehung der Angaben des Heimes zu der Auskunftsfähigkeit der Bewohner. Auch hier werden nach einem standardisierten Verfahren (s. o.) Personen nachrekrutiert, bis die Gesamtzahl der Interviews auch 10 % der Bewohnerzahl entspricht. Nach Möglichkeit wird in die Befragung ein Mitglied des Heimbeirates einbezogen.

⁴ Das ursprünglich diskutierte Verfahren einer individuellen Schichtung analog der Verteilung der Pflegestufen in dem jeweiligen Heim hat eine höhere Repräsentativität für das einzelne geprüfte Heim, erlaubt aber weniger einen Vergleich.

3.2 Durchschnittlicher „Pflegestufenscore“ und „Pflegebedarfsscore“

In allen geprüften Einrichtungen wurde die Verteilung der Pflegestufen (PS) und die Anzahl der Bewohner erhoben. Um zu überprüfen, ob die Einrichtungen eine annähernd gleiche Bewohnerschaft zu versorgen hatten, wurde ein sog. „Pflegestufenscore“ gebildet. Dabei wurden die Pflegestufen aller Bewohner addiert und durch die Gesamtzahl der Bewohner dividiert (Beispiel: 24 Bewohner, davon 3 mal PS III, 6 mal PS II, 10 mal PS I und 5 mal PS 0 => $9 + 12 + 10 + 0 = 31$; Pflegestufenscore = $31 : 24 = 1,29$).

Zusätzlich wurde dieser Wert in dem Praxistest abgeglichen mit der durchschnittlichen Anzahl pflegerischer Problembereiche (ermittelt anhand der Anzahl der jeweils durchgeführten Bewertungen in der Skala 7) bei den überprüften Bewohnern („Pflegebedarfsscore“).

Dies wird bei einer Umstellung der Stichprobe auf eine definierte, in allen Prüfungen gleiche Schichtung nach Pflegestufen entbehrlich. Zudem ließ sich kein Zusammenhang darstellen zwischen der Höhe der Pflegestufen, der Anzahl der zu versorgenden pflegerischen Problembereiche und dem Prüfergebnis.⁵

⁵ Eine Risikoadjustierung, wie zeitweise gefordert, sollte unterlassen werden, weil dadurch der fälschliche Eindruck entstehen könnte, dass bei größerem Risiko durchaus Pflegemängel in Kauf genommen werden müssten.

3.3 Bewertung

Die Bewertung der Prüfergebnisse erfolgt in vier Stufen von Stufe vier (bestmöglich) = 1.0 über Stufe drei = 0.66, Stufe zwei = 0.33 und Stufe eins (schlechtestmöglich) = 0. Folgende Systematik liegt der Bewertung der einzelnen Subskalen zugrunde:

Struktur- und Prozessparameter:

- 1,00 ⇒ fachliche Anforderungen voll erfüllt (**gut**)
- 0,66 ⇒ fachliche Anforderungen zum größeren Teil erfüllt (**angemessen**)
- 0,33 ⇒ fachliche Anforderungen zum geringeren Teil erfüllt (**kritisch**)
- 0 ⇒ fachliche Anforderungen nicht erfüllt (**schlecht**)

Ergebnisqualität (nur Skala 7 und Subskala 8.4):

- 1.00 ⇒ **gute** Pflege
- 0,66 ⇒ die Pflege ist **angemessen**, um Schädigungen zu vermeiden
- 0,33 ⇒ die Pflege ist **kritisch**, sie reicht nicht aus, um Schädigungen sicher zu verhindern, allerdings sind noch keine Schäden eingetreten
- 0 ⇒ die Pflege ist **gefährlich** und Schädigungen sind eingetreten

Die Bewertung der Skala 7 und der Subskala 8.4 geschieht grundsätzlich in der Zusammenschau des tatsächlichen pflegerischen Zustandes (pflegerischeres Ergebnis) und der dokumentierten Versorgung (Pflegeprozess).

Folgende Grundsätze kommen dabei zur Anwendung:

Ist das pflegerische Ergebnis optimal und die Einrichtung kann anhand des dokumentierten Pflegeprozesses darlegen, dass dieses Ergebnis Folge eines geplanten und gesteuerten Pflegeprozesses ist, wird die Bewertung gut (Wert 1) vergeben. Der Wert 1 wird aber auch dann vergeben, wenn aus individuellen und nachvollziehbar dokumentierten Gründen der Pflegezustand zwar nicht optimal ist, dies aber nicht von der Einrichtung zu verantworten ist, sondern seinen Grund in der Selbstbestimmung des Bewohners oder in anderen Ursachen (Dekubitus nach Krankenhausauf-

enthalt, Sturz bei seitens des Bewohners abgelehnten Prophylaxen o. ä.) hat und die Einrichtung darüber hinaus alle dem allgemeinen Stand der Pflegewissenschaft (Lehrbuch, Expertenstandards DNQP) entsprechenden Maßnahmen ergriffen hat oder den Bewohner auf deren Notwendigkeit hingewiesen hat.

Der Wert 0,66 (angemessen) wird immer dann vergeben, wenn zwar der pflegerische Zustand als angemessen angesehen werden kann, aber nicht nachvollziehbar ist, dass es sich dabei um ein geplantes und gesteuertes Vorgehen der Pflegeeinrichtung handelt; im Gegenteil könnte es sich in diesem Fall auch um ein zufälliges Ergebnis handeln, das in keiner Weise mit der pflegerischen Versorgungsqualität in Verbindung steht.

Der Wert 0,33 (kritisch) wird dann vergeben, wenn die pflegerische Versorgung so geplant ist, dass eine Schädigung absehbar ist (bei bettlägerigem Bewohner keine Kontrakturprophylaxe geplant, aber bisher keine Kontraktur eingetreten) oder auf erkennbare Gefahren (wie BMI unter 18 oder Gewichtsabnahme mehrere Kg monatlich) seitens der Pflegeeinrichtung keine angemessene Reaktion erfolgt ist.

Der Wert 0 (gefährlich) wird dann vergeben, wenn ein Schaden eingetreten ist und die Pflegeeinrichtung diesen verursacht bzw. bei erkennbarer Gefährdung nicht die nach dem pflegewissenschaftlichen Erkenntnisstand angemessenen Maßnahmen zur Prophylaxe getroffen hat (z. B. Dekubitus in der Pflegeeinrichtung entstanden und zuvor keine Prophylaxen getroffen). Prüfungen mit einem Ergebnis „gefährlich“ werden regelmäßig einem Review unterzogen.

Die Bewertung erfolgt für die einzelnen Subskalen nach einem vorgegebenen Schema anhand zu überprüfender Einzelitems. Grundsätzlich ergibt sich der Wert aus dem Anteil der positiv bewerteten Items. Besonders wichtige Items sind als solche benannt. Sind diese Items nicht erfüllt, führt dies zu einer definierten Abwertung.

Die Werte der Skalen ergeben sich aus den Werten der Subskalen. Dabei wird rechnerisch die Summe der Werte ermittelt und diese anschließend durch die Anzahl der Subskalen dividiert. Dadurch ergeben sich Werte zwischen 0 und 1. Diese rechnerisch ermittelten Werte wurden wiederum jeweils den **Wertungsbereichen** „gut – angemessen - kritisch – gefährlich / schlecht“ zugewiesen.

Die Wertungsbereiche ergeben sich aus methodischen Überlegungen bei der Mittelung der Bewertungen der Subskalen (Beispiel: 5 mal 0,66 (angemessen) und 4 mal 0,33 (kritisch) = $4,62/9 = 0,51$ und damit noch angemessen). Diese Wertungsbereiche gelten auch dann, wenn bereits zur Ermittlung einer Subskala mehrere Werte zusammengeführt werden müssen (bspw. 4.2)

Dies sind:

- > 0.80 ⇒ gute Situation / Pflege
- 0.5 - 0.79 ⇒ angemessene Situation / Pflege
- 0.20 - 0.49 ⇒ kritische Situation Pflege
- < 0.20 ⇒ schlechte Situation / gefährliche Pflege

Auf die Darstellung eines Gesamtwertes für die Pflegeeinrichtung wird verzichtet, weil damit Prüfgegenstände miteinander verbunden würden, die sich methodisch nicht verbinden lassen. Zudem ist mit der Durchschnittsbildung die Gefahr einer Nivellierung bestehender Unterschiede verbunden. Dies entspricht dem dringenden Votum des Projektbeirates genauso wie des Wissenschaftlichen Beirates.

3.4 Bewohnerbefragung zur Lebensqualität

Der Fragebogen zur Lebensqualität der Bewohner wurde komplett neu erstellt. Die Aussagekraft von Befragungen zur Zufriedenheit Pflegebedürftiger wird seitens der Pflegewissenschaft (Görres; Wingenfeld u. a.) kritisch gesehen. Deren Aussagekraft ist gerade bei der in der Pflege betroffenen Altersgruppe durch eine starke Tendenz zu positiven Antworten erheblich verzerrt. Bei der Formulierung der Fragen wurde

deshalb ganz strikt nach der Report- oder Ereignismethode (s. auch Expertisen Strüder und Wingenfeld) vorgegangen.

Das Interviewsetting muss eindeutig festgelegt sein. Auf die Befragung von Angehörigen wird wegen der unterschiedlichen Antworttendenzen und fehlender Verfügbarkeit insbesondere bei unangemeldeten Prüfungen komplett verzichtet. Auf vertrauliche Atmosphäre (4-Augengespräch) muss unbedingt geachtet werden, Anonymität der Antworten muss zugesichert werden in Verbindung mit einer nur summarischen Auswertung und Veröffentlichung der Ergebnisse zu den einzelnen Fragen.

Die mehrheitlich eher schlecht auskunftsfähigen Bewohner würden durch eine Vielzahl von Fragen und Bewertungskategorien überfordert. Unterschiedliche Fragebögen erschweren die Auswertung und den Vergleich. Aus diesem Grund wird der Fragebogen auf wenige eindeutige Fragen beschränkt. Im Praxistest wurde überprüft und nachgewiesen, dass eine hohe Anzahl von Betroffenen den Fragebogen beantworten kann.

Es werden lediglich drei Antwortkategorien vorgegeben. Auf eine höherstufige Bewertung wurde absichtlich verzichtet. Für ältere Menschen sind mehr als drei Stufen verwirrend und führen schnell zu einer Antwortverweigerung.

Die drei Antwortmöglichkeiten umfassen eine positive, eine eingeschränkt positive und eine negative Aussage. Ihnen ist folgende Bewertung unterlegt:

- 1.00 ⇒ positive Aussage
- 0,5 ⇒ eingeschränkt positive Aussage
- 0 ⇒ negative Aussage

4 Darstellungsform

Bei der Veröffentlichung der Prüfergebnisse sollte die leicht verständliche Darstellung im Vordergrund stehen. Da das Bedürfnis an Informationen für den Einzelnen variiert, ist eine gestufte Informationsaufbereitung sinnvoll. Eine solche gestufte Bereitstellung der Prüfergebnisse ist im Internet am besten technisch durchführbar. Allerdings sollte auch hier die Darstellung einfach gestaltet sein, eine klare Bildschirmansicht mit großer Schrift enthalten und den Nutzer durch die Darstellung führen. Da nicht davon ausgegangen werden kann, dass alle älteren Menschen mit dem Internet vertraut sind, sollten die Informationen auch über andere Medien wie z. B. Broschüren vorgehalten werden. Auch bei optimaler optischer Aufbereitung wird eine begleitende Beratung z. B. durch Pflegekassen, in Pflegestützpunkten oder durch Verbraucherzentralen bei manchen Nutzern des neuen Informationsangebotes notwendig sein, da diese beispielsweise nicht immer über einen Internetzugang verfügen, dort die Informationen aber in größerer Tiefe bereitgestellt werden kann.

4.1 Gestufte Informationsbereitstellung

Idealerweise sollte zukünftig die Information gestuft bereitgestellt werden. Dies verlangt allerdings eine technische Lösung, die derzeit noch nicht zur Verfügung steht. Derzeit kann nur die erste Ebene realisiert werden; dennoch soll das Prinzip für die zukünftige Darbietung hier dargestellt werden.

Die gestufte Bereitstellung der Prüfergebnisse enthält drei Ebenen:

- 1) In der ersten Ebene werden die Ergebnisse der Skalen auf einer Seite grafisch im Verbraucherfreundlichen Qualitätsbericht (VQB) dargestellt. Damit wird ein schneller Überblick und eine rasche Vergleichbarkeit gewährleistet. Dargestellt wird hier auch ein Basisdatensatz zur Struktur der Einrichtung. Auf dieser Ebene sollen auch detaillierte Informationen zu den Kosten gegeben werden.

- 2) In der zweiten Ebene werden Skalen, Subskalen und Items im Detail und die aggregierten Ergebnisse der Bewohnerbefragung veröffentlicht. Hier ist eine grafische Aufarbeitung entbehrlich und eine Darstellung der Daten aus dem Erhebungsbogen reicht aus. Auswert- und Nutzbarkeit kann erhöht werden, indem die Daten im XML-Format bereitgestellt werden. In der späteren Umsetzung sollte die technische Möglichkeit erwogen werden, durch das direkte Anklicken bestimmter Subskalen auf eine Ebene tiefer (Items) mit detaillierteren Informationen zu springen. In der zweiten Ebene wurde daher besonders darauf geachtet, die Subskalen und Items in einer laienverständlichen Sprache zu verfassen und nicht vermeidbare pflegerische Fachbegriffe zu erklären.
- 3) In der dritten Ebene wird der gesamte Prüfbericht in Textform angeboten. Dabei werden selbstverständlich die Grundsätze des Datenschutzes beachtet. Weitergehende Strukturdaten der Pflegeeinrichtung sind hier verfügbar.

Im Sinne der Verständlichkeit und Nutzbarkeit für die Verbraucher werden statistische Kenngrößen erst auf der 2. Ebene und zusammengefasst dargestellt.⁶ Die notwendige Transparenz für die Pflegeeinrichtungen wird durch eine ausführliche Darstellung der Bewertungsmethode an anderer Stelle (Erläuterungen) hergestellt.

Im Rahmen des Projektes wurde nur eine inhaltliche Beschreibung der verschiedenen Ebenen erarbeitet. Überlegungen zur technischen Umsetzung müssen anschließend erfolgen. Hierbei muss insbesondere die verminderte Internetpräsenz älterer Menschen berücksichtigt werden (Bereitstellung in Papierform).

Sinnvoll ist eine Verlinkung mit anderen Informationsquellen, wie z. B. dem Heimverzeichnis der BIVA, damit die Verbraucher nicht eine Vielzahl von Informationsquellen angehen müssen. Dies steht allerdings unter der Voraussetzung, dass klar darge-

⁶ Die Qualitätsberichte der Krankenhäuser stellen an vorderster Seite biometrische Daten dar, was zu erheblicher Kritik der Verbraucher infolge fehlender Übersichtlichkeit führte.

stellt wird, inwieweit sich die einzelnen Informationsquellen voneinander unterscheiden, wie die Daten erhoben wurden (externe Befragung, Selbstreport, externe Inspektion) etc. Genauso sollte eine Koordination mit den Erhebungen der Heimaufsicht und deren evtl. Veröffentlichung erfolgen; eine konkrete Ausgestaltung dazu ist derzeit allerdings offen.

4.2 Grafische Darstellung

Die grafische Darstellung der Ergebnisse erfolgt auf der ersten Ebene der Informationsbereitstellung. Grundprinzip ist eine 4-stufige Ampelsystematik in Kombination mit Balken unterschiedlicher Länge und einer sprachlichen Darstellung der Ergebnisse in Verbindung mit dem numerischen Wert.⁷

Bei dieser Darstellungsform werden 4 verschiedene Informationswege eingesetzt:

- 1) Die Länge der Balken gibt einen Überblick über die Bewertung, der
- 2) durch die entsprechende Farbe noch betont wird.
- 3) Zusätzlich erfolgt eine kurze sprachliche Darstellung.
- 4) Der numerische Wert wird ausgewiesen.

Dadurch wird unterschiedlichen Einschränkungen der Wahrnehmung z. B. durch eingeschränkte Sehfähigkeit Rechnung getragen.

Vorteilhaft für die Pflegeeinrichtungen ist in der seitens des MDK RLP gewählten Form, dass beide oberen Bewertungsbereiche Grün = positiv dargestellt werden, was auch der konkreten Absicht einer Qualitätsunterstützung entspricht.

⁷ Auf eine Darstellung mit Symbolen wie Sternen etc. wird insbesondere nach den Voten des Projektbeirates und des Wissenschaftlichen Beirates verzichtet.

Die Farbgebung geschieht wie folgt:

- dunkelgrün = > 0.80 ⇒ gute Situation / Pflege
- hellgrün = 0.5 - 0.79 ⇒ angemessene Situation / Pflege
- orange = 0.20 - 0.49 ⇒ kritische Situation / Pflege
- rot = < 0.20 ⇒ schlechte Situation / gefährliche Pflege

Die Darstellung der Bewertungen in den 9 Skalen für eine Einrichtung sieht folgendermaßen aus:

Qualität der Pflege und Versorgung in einer Pflegeeinrichtung

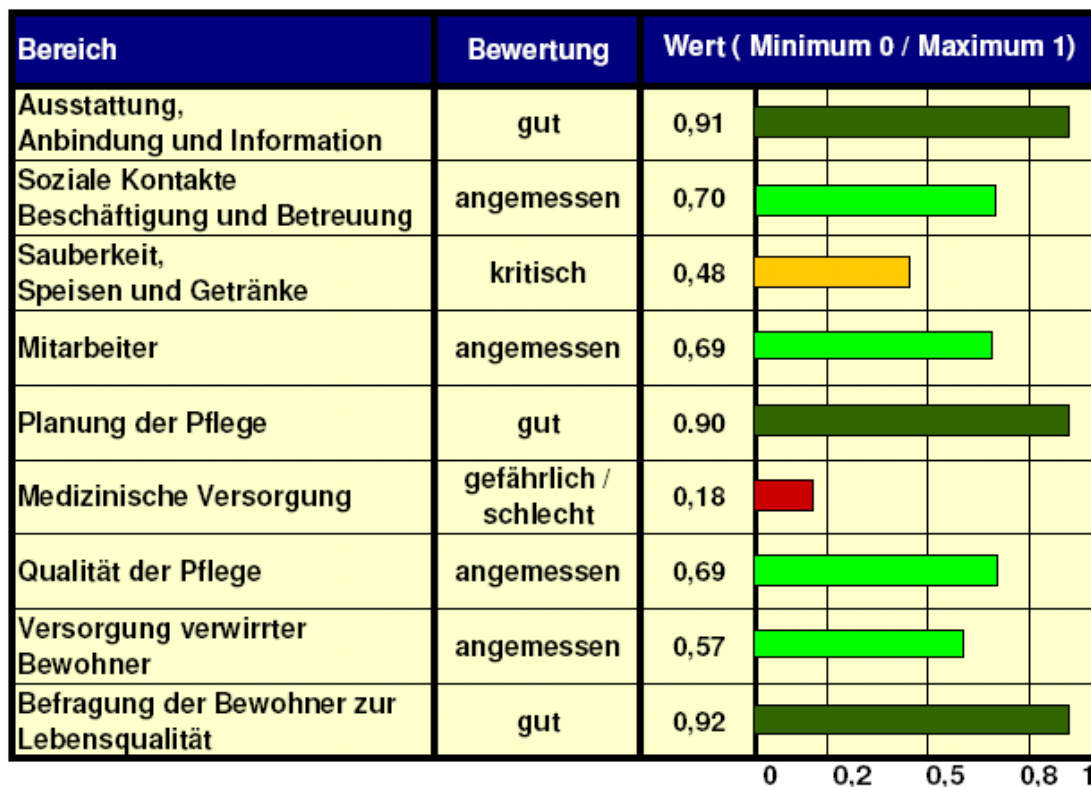


Abbildung: Darstellung der Qualität der Pflege und Versorgung in einer Pflegeeinrichtung

Auf die Darstellung landesweiter Durchschnittswerte direkt mit den Ergebnissen auf dem VQB wird absichtlich verzichtet. Der Zielkorridor ist eindeutig durch die Farbe Grün vorgegeben. Zusätzlich kann auf eine Internetplattform z.B. auf die Homepage des MDK verwiesen werden, wo sich die Durchschnittswerte der überprüften Einrichtungen befinden. Ein Hinweis darauf wird auf jedem VQB angebracht.