

# Entwicklung eines wissenschaftlich basierten Qualitätsverständnisses für die Pflegequalität

Martina Hasseler und Renate Stemmer

© Der/die Autor(en) 2018  
K. Jacobs et al. (Hrsg.), *Pflege-Report 2018*  
[https://doi.org/10.1007/978-3-662-56822-4\\_3](https://doi.org/10.1007/978-3-662-56822-4_3)

## Zusammenfassung

*Die Messung von Qualität in der Pflege wird vielfach kritisiert. Für die Weiterentwicklung von Qualität und von Instrumenten zur Messung von Qualität in der Pflege können die bislang vorliegenden Qualitätsdefinitionen wenig hilfreiche Orientierung bieten. Sie geben kaum Hinweise darauf, wie Qualität und Instrumente zur Messung von Qualität in der Pflege oder theorie- bzw. wissenschaftlich fundierte Indikatoren entwickelt werden können. Im Auftrag des GKV-SV wurde ein erster Schritt für ein wissenschaftlich-theoretisches Verständnis von Qualität in der Pflege entwickelt und konzipiert, das im vorliegenden Beitrag kurz skizziert wird.*

*The measurement of quality in nursing is often criticized. For the further development of quality and tools for measuring quality in nursing care, previously available quality definitions can provide little helpful guidance. They give very little indication how quality and tools for measuring quality in nursing care or theory- and scientifically founded quality indicators can be developed. On behalf of the National Association of Statutory Health Insurance Funds, a first step to develop a scientific-theoretical understanding of quality in nursing was developed. The results of the project are briefly outlined in this article.*

## 3.1 Ausgangslage und Hintergrund

International wie national wird das Thema der Messung von Qualität in der Pflege bzw. in der Langzeitpflege diskutiert. In Deutschland hat das zweite Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) vom 21. Dezember 2015 durch § 113 SGB XI an die Vertragsparteien die Verantwortung übergeben, ein indikatorengestütztes Verfahren zur Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in der stationären Langzeitversorgung zu beschreiben. Mit diesen entwickelten

Indikatoren soll auch eine Qualitätsberichterstattung ermöglicht werden. Vor diesem Hintergrund bezieht sich in Deutschland die Diskussion über Messung und Berichterstattung von Qualität in der Pflege auf das Vorhandensein und Anwenden von Indikatoren.

Die derzeit vorhandenen Indikatoren messen jedoch vor allem adverse Ereignisse in der pflegerischen Versorgung (DiGiorgio et al. 2016). Aus den Ergebnissen wird nicht unmittelbar deutlich, warum, aus welchen Gründen und aus welchen dahinterliegenden Prozessen, Einflüssen u. ä. die Resultate erzielt werden bzw. welche Einflüsse diese ver-

ursacht haben könnten. Insgesamt ist an den bis jetzt international wie national vorliegenden Indikatoren zu kritisieren, dass sie nicht den gesamten Prozess der Versorgung und Betreuung umfassen und überwiegend einem pflegefachlichen, medizinisch-naturwissenschaftlichen und ökonomischen Ansatz folgen. Hinweise aus der Literatur deuten jedoch daraufhin, dass viele noch nicht analysierte Faktoren die Performanz in den Einrichtungen beeinflussen, wie z. B. strukturelle (Finanzierung der Leistungen, Qualifikation des Personals) oder organisationale Faktoren (Zufriedenheit des Personals).

Der Informationsgehalt hinter den erhobenen Qualitätsergebnissen ist vor diesem Hintergrund oftmals minimal. Es finden sich nur rudimentäre Ansatzpunkte für Veränderungen der Strukturen und Prozesse auf Mikro-, Meso- oder Makroebene der pflegerischen Versorgung.

Die oben angeführte gesetzliche Regelung setzt jedoch voraus, dass Wissen darüber vorliegen sollte, was pflegerische Qualität ist und wie diese durch Indikatoren dargestellt werden kann. Als kritisch zu betrachten kommt hinzu, dass aufgrund gesetzlicher Regelungen auf Bundes- und Landesebene unterschiedliche Verfahren der Qualitätsprüfung und -berichterstattung zur Sicherung und Weiterentwicklung von Qualität in der Langzeitpflege vorgegeben sind (SGB XI, Soziale Pflegeversicherung; auf Landesebene diverse Gesetze für die ehemals »Heimaufsicht« genannte Behörde). Diese diversen unterschiedlichen Zuständigkeiten und Verfahren zur Messung und Veröffentlichung von Qualität in der Langzeitpflege verstärken das uneinheitliche Verständnis über Qualität in der Pflege. Es gibt wenig systematische Orientierung darüber, wie zuverlässig und nachvollziehbar Qualität in der Pflege verstanden, dargestellt und in den Ergebnissen präsentiert werden kann. Unabhängig von den Verantwortlichkeiten auf den unterschiedlichen Ebenen bleiben vor diesem Hintergrund übergreifende Herausforderungen und Fragen an systematisch entwickelte Qualitätsprüfsysteme, die zuverlässig die Performanz der Einrichtungen abbilden.

Für die Weiterentwicklung von Qualität und von Instrumenten zur Messung von Qualität in der Pflege können die bislang vorliegenden Qualitätsdefinitionen wenig hilfreiche Orientierung bieten. Sie geben kaum Hinweise darauf, wie Qualität und Instrumen-

te zur Messung von Qualität in der Pflege oder theoretische bzw. wissenschaftlich fundierte Indikatoren entwickelt werden können. Die in der Qualitätsdebatte zu findende kritische Reflexion der traditionellen Unterteilung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unterstützt die Kritik an einer nicht systematischen und systemischen Entwicklung von Indikatoren und Messinstrumenten von Qualität in der Gesundheits- und Pflegeversorgung. So wird bspw. bemängelt, dass handelnde Personen und Absichten nicht berücksichtigt werden sowie interaktive und gesellschaftliche Dimensionen von Qualität fehlen (Wan et al. 2010; Rudert 2016; Mittnacht 2010). Darüber hinaus leiten sich die bisher vorhandenen Indikatoren für die Messung von Qualität in der Pflege nicht von einem zugrunde liegenden Qualitätsverständnis ab. Es wird vielfach nicht deutlich, auf welche »Kennzeichen/Merkmale« pflegerischer Versorgung sich die bisher entwickelten Indikatoren beziehen und welche Anforderungsniveaus erfüllt werden sollen (Kriterien), damit sie zuverlässig und sinnvoll Qualität in der Langzeitpflege messen.

Mit anderen Worten: Die bisher vorliegenden Definitionen und Messverfahren zu Qualität in der Pflege sind unzureichend. Es ist ein theoretisch-konzeptionelles und systematisches Verständnis von Qualität in der Pflege erforderlich, das die komplexen und spezifischen Versorgungs- und Betreuungsprozesse sowie die Ergebnisse der pflegerischen und betreuenden Versorgung der hilfe- und pflegebedürftigen Menschen beurteilen kann.

Im Auftrag des GKV-SV wurde ein erster Schritt für ein wissenschaftlich-theoretisches Verständnis von Qualität in der Pflege entwickelt und konzipiert, das nachfolgend kurz erläutert wird.

## 3.2 Theoretische Grundlagen der Qualitätsdebatte in der Pflege

Ein theoretisches Modell ist von Bedeutung, um einen Erklärungsrahmen für Zusammenhänge und Hintergründe von Qualität zu liefern und Aussagen über die Wirksamkeit von Maßnahmen und Interventionen machen zu können (Hasseler 2015). Die bisher eher eindimensionale Herleitung und Beurteilung von Qualität (zumeist Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) vernachlässigt die systemi-

schen Einflüsse auf die Performanz der an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen (z. B. die systemischen Einflüsse soziales Umfeld, ökonomische, sozialrechtliche, pflegfachliche sowie medizinisch-naturwissenschaftliche Faktoren). Mit der Einteilung in Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität wird ein noch nicht belegter bzw. noch nicht ausreichend untersuchter Zusammenhang von Strukturfaktoren auf Prozessfaktoren und auf Ergebnisindikatoren angenommen (Wan et al. 2010; Rudert 2016). Donabedian (2005) weist kritisch daraufhin, dass eine reine Fokussierung auf Ergebnisqualität zahlreichen Limitationen unterliegt, da bspw. die Ergebnisse nicht zwingend die Stärken und Schwächen der Prozesse darstellen. Des Weiteren ist noch nicht geklärt, welche Ergebnisindikatoren zur Darstellung einer Ergebnisqualität relevant sind bzw. in welchen Kontexten diese einen Erkenntnisgewinn darstellen. So liegt bspw. keine Evidenz über eindeutige Zusammenhänge zwischen Personalzusammensetzung und Qualität der Pflege in den Langzeitpflegeeinrichtungen vor (Spilsbury 2011). Ähnlich formuliert Eberlein-Gonska (2011) ihre Kritik am traditionellen Verständnis von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, da damit die handelnden Personen und ihre Absichten nicht berücksichtigt werden. In der Gesundheits- und Pflegeversorgung beteiligte Personen können aufgrund bestimmter Intentionen eine Maßnahme durchführen oder sie unterlassen. Diese spielen für die Intervention und das entstehende Ergebnis eine erhebliche Rolle. Sie beeinflussen die Qualität der Versorgung. Als weiteren kritischen Aspekt führt sie die fehlenden interaktiven und gesellschaftlichen Dimensionen auf, die im linearen Qualitätsverständnis fehlen. Sie konstatiert, dass das Menschenbild, Vorstellungen über Menschenwürde oder Gerechtigkeit den Qualitätsbegriff im Gesundheitswesen beeinflussen (Eberlein-Gonska 2011). DiGiorgio et al. (2016) reflektieren, dass zu diesen drei Ebenen nicht belegt ist, welche Informationen zu inkludieren wären, um diese angemessen darzustellen. Spilsbury (2011) merkt kritisch an, dass der Fokus auf überwiegend klinische Outcomes (Ergebnisindikatoren) meist nicht die Qualität widerspiegelt, wie sie von Bewohnern und Familien eingegrenzt wird. Seiner Meinung nach besteht die Gefahr darin, dass die bisherige Forschung und Ergebnisse in der Qualitätsforschung

auf die Relevanzbezüge von Stakeholdern abzielt, sodass das Qualitätsverständnis der Zielgruppen nicht abgebildet wird.

Wan et al. (2010) betonen neben den systemischen Zusammenhängen in der Entwicklung und Erzeugung von Qualität insbesondere die Multidimensionalität von Qualität in der stationären Langzeitpflege und die Abhängigkeit nicht nur von medizinischen und pflegerischen Einflüssen, sondern auch von sozialen und umweltlichen Faktoren, die miteinander interagieren. Ihre Kritik am linearen Modell formulieren die Autoren<sup>1</sup> wie folgt:

- Struktur-, Modell- und Prozessqualität sind nicht ausreichend in einen Zusammenhang gebracht
- Intra-organisationale Faktoren wie bspw. Führungsstile oder Verwaltungsprozesse werden nicht angemessen berücksichtigt
- Die kontextualen Faktoren fließen nicht angemessen in das lineare Modell ein (z. B. Einflüsse des Marktes auf die strukturellen Faktoren)
- Infrastrukturelle Faktoren werden nicht berücksichtigt

Heslop und Lu (2014) analysieren in ihrer Konzeptanalyse, dass nur wenige Erkenntnisse über den Zusammenhang zwischen Prozessindikatoren und Ergebnisindikatoren sowie über einen Zusammenhang zwischen Strukturindikatoren und Ergebnisindikatoren vorliegen (Heslop und Lu 2014). Rudert (2016) arbeitet als kritisches Element des linearen Qualitätsmodells nach Donabedian heraus, dass es einem technischen Qualitätsverständnis entspricht, jedoch nicht auf personen- und soziale Dienstleistungen bezogene Bereiche übertragen werden kann. Es ist nicht in der Lage, die komplexen und responsiven Dimensionen von Dienstleistungen abzubilden. Sie konstatiert:

- » Der von Donabedian postulierte multidimensionale Zusammenhang zwischen der Dimension Struktur, Prozess und Ergebnis lässt sich unter den Bedingungen der bundesdeutschen

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen im vorliegenden Bericht verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beide Geschlechter.

Altenpflege nicht eindeutig beweisen oder widerlegen. Somit fehlt die wissenschaftliche Fundierung für ein wichtiges Kernelement des Struktur-, Prozess- und Ergebnis-Modells.« (Rudert 2016, S. 157).

Die pflegerische Versorgung wird damit mit der Einteilung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität auf eine Mittel-Zweck-Relation zur Erreichung festgelegter Ziele reduziert, die die weiteren beeinflussenden Faktoren nicht berücksichtigt. Dazu gehört bspw. die Integration von sozialen, psychosozialen Interaktionen, von gesetzlichen und makrostrukturellen Bedingungen, von unterschiedlichen Interessen diverser Stakeholder etc. (Rudert 2016). Als weitere die Performanz beeinflussende Faktoren sind aus der Literatur u. a. zu entnehmen: Trägerschaft, Patienten-Personalschlüssel, Qualifikation des Personals, Zufriedenheit des Personals, Fluktuation des Personals u. w. m. (Werner et al. 2013). Einem auf theoretischen und wissenschaftlichen Erkenntnissen basierendem Modell von Qualität in der Pflege ist die Möglichkeiten inhärent, diese Erkenntnisse einfließen zu lassen und Qualität eher als systemisches und weniger als lineares Modell zu verstehen.

### 3.2.1 Begriff Qualität in der Qualitätsdebatte in Pflege und Gesundheit

Die Herausforderungen des Begriffs »Qualität in der Pflege« liegen v. a. darin, dass er bislang nicht angemessen und so umfassend definiert ist, dass sich daraus unstrittige Indikatoren zur Messung der Qualität ableiten lassen. Spilsbury (2011, S. 733) formuliert diese Situation wie folgt:

»Quality is an elusive and dynamic concept. Questions about quality are essentially questions about values: difficulties arise in quality measurement because of the diverse range of views, values, expectations and preferences held by different stakeholders... In nursing homes, understanding quality is even more complex because of its confounded regulations, debates about what would be measured to assess quality, case mix, facility characteristics and method of measurement.«

Ähnlich kritisieren auch DiGiorgio et al. (2016) und Blumenstock (2011), dass es keine universelle Definition von Qualität in der Pflege gibt. Kajonius und Kazemi (2016) betrachten den Begriff Qualität in Gesundheit und Pflege als schwer definierbar und führen dies zum Teil auf die Kontextabhängigkeit und Multidimensionalität zurück.

Eine konkrete Begriffseingrenzung ist jedoch für eine angemessene Messung, Prüfung und Berichterstattung von elementarer Bedeutung. Erst ein theoretisch ausdifferenziertes Modell erlaubt die Herstellung der Zusammenhänge, die Qualität und ihre Erbringung beeinflussen sowie die systematische Ableitung von Kennzeichen/Merkmalen, Kriterien und Indikatoren des zu untersuchenden Phänomens. Eine Messung und Untersuchung von Qualität mit Hilfe von Indikatoren, die nicht auf der Grundlage eines Modells hergeleitet und erklärt werden können, birgt das Problem, dass ggf. nur Ausschnitte von Qualität oder nicht relevante Bereiche von Qualität untersucht werden können. Des Weiteren ermöglichen diese Ergebnisse dann nicht, die Einflussfaktoren und Prozesse so zu beeinflussen, dass Qualität sinnvoll verbessert werden kann.

Die Gründe für eine fehlende Definition sind vielfältig. Einer könnte darin liegen, dass nicht geklärt ist, was Pflege bzw. pflegerische Versorgung ist und was unter pflegerischer Versorgung verstanden wird. Es wird relativ schwierig sein, die Qualität von etwas zu bestimmen, wenn dieser Gegenstand nicht abschließend definiert und eingegrenzt ist. Es bleibt die Frage, von was die Qualität aus welchen Gründen und wie untersucht werden soll. Ähnlich argumentieren auch Savitz et al. (2005) diese Problematik. Es bleibt unklar, wie Qualität definiert und über Indikatoren angemessen untersucht wird, innerhalb der Gesundheits- und Pflegeprofessionen wie auch bei den Anbietern. Als weiterer Grund kann die Problematik angeführt werden, dass Qualität in der pflegerischen Versorgung nicht direkt beobachtet werden kann. Sie ist als theoretisches Konstrukt zu betrachten, das »durch geeignete Indikatoren als messbare Größe weiter operationalisiert werden muss.« (Blumenstock 2011, S. 148)

Trotz dieser skizzierten Problematik versuchen diverse Institutionen und Autoren Qualität begrifflich einzugrenzen.

Das Institute of Medicine definiert Qualität der Versorgung als »the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge:« (IOM 1990). An dieser Definition sind zwei Aspekte bedeutsam: Zum einen wird die Wahrscheinlichkeit des Erreichens bestimmter wünschenswerter Outcomes definiert. Es wird demnach in Rechnung gestellt, dass die Institutionen und Einrichtungen des Gesundheitswesens diese Outcomes aufgrund diverser Umstände nicht zu 100 % erreichen können. Zum anderen werden die wissenschaftlichen Kenntnisse der an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen zugrunde gelegt. Diese werden für eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung als natürlich gegeben vorausgesetzt. Damit ist dieser Definition die Vorstellung inhärent, dass sich die Qualitätserbringung, aber auch die wünschenswerten Ergebnisse der Gesundheitsversorgung abhängig von den wissenschaftlichen Kenntnissen verändern können. Mitchell (2008) kritisiert am Verständnis des IOM von Qualität in der Gesundheitsversorgung, dass diese den Eindruck erweckt, dass Qualität durch eine Auflistung von Indikatoren entwickelt werden kann, ohne einen Bezug zu einem Rahmen oder zu einem Verständnis vorzuweisen. Aus ihrer Perspektive könnte mit diesem Verständnis angenommen werden, dass diese aufgelisteten Faktoren dann den Standard darstellen, der Qualität in der Versorgung angemessen umfasst. Darüber hinaus führt sie kritisch an, dass die meisten Indikatoren mit negativen Outcomes und unerwünschten Reaktionen behaftet seien, wie eben Vermeidung von Tod, Erkrankung, Behinderung und weiteres mehr. Es sei jedoch von Bedeutung, positive pflegesensitive Indikatoren zu verwenden, wie bspw. Erreichen einer angemessenen Selbstpflege, Wahrnehmung des Wohlbefindens, Symptommanagement. Eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung ist sicher, effektiv, patientenzentriert, rechtzeitig, effizient und gerecht.

In der DIN ISO 900/8401 wird Qualität folgendermaßen eingegrenzt:

»Qualität ist die Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produktes oder einer Dienstleistung, die sich auf deren Eignung zur Erfüllung

festgelegter Ziele oder vorgegebener Erfordernisse bezieht.« (DIN ISO 9004/8402).

Benes und Groh (2011) beschreiben Qualität als eine nicht-physikalische Größe, deren Werte messbar sind, da es sich bei diesem Begriff um eine Vielzahl von Merkmalen und Eigenschaften handelt. Qualität wird demzufolge als eine Ansammlung von Merkmalen bezeichnet, mit deren Hilfe sie beschrieben und definiert werden könne. Qualität sei demnach nicht absolut und beziehe sich auf Erfordernisse und/oder auf vorgegebene Forderungen. Die Summe einzelner Forderungen ergeben Qualität. Übertragen auf die Pflege wird Qualität (Pflegequalität) als »Grad der Übereinstimmung zwischen Ergebnis und zuvor formuliertem Pflegeziel« (Donabedian 1966) dargestellt. Die Joint Commission definiert in ähnlicher Form Pflegequalität als »Grad, zu dem die Pflege die gewünschten Ziele erreicht und die unerwünschten Resultate unter Berücksichtigung des aktuellen Kenntnisstandes reduziert«. Kämmer (1998) fasst darüber hinaus verschiedene Definitionen zusammen, wonach Qualität der Grad der Übereinstimmung von Kundenerwartungen und der geleisteten Pflege unter Berücksichtigung des anerkannten, fachlichen Standards der Pflege sei. Nach Brandenburg (1998) ist Pflegequalität zu verstehen als ein Ergebnis eines interprofessionellen Aushandlungsprozesses zwischen Patienten, Pflegenden, Ärzten und anderen therapeutischen Gruppen hinsichtlich der objektiven und subjektiven Kriterien der Förderung und Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit und Gesundheit des Patienten. Dabei werden handwerklich-technische, kommunikative, organisatorische, kontextuelle und institutionelle Aspekte der Pflege als konstitutiv für den Qualitätsbegriff angesehen.

Neben produktbezogenen Qualitätsdefinitionen liegen auch kundenbezogene vor. So formulieren Seghezzi et al. (2007, S. 34), dass Qualität »die Einheit einer Beschaffenheit sei, gemessen an den Bedürfnissen der relevanten Kundengruppen.« Campbell et al. (2000) verstehen in diesem Sinne darunter, dass Qualität davon abhängig ist, ob Individuen die Gesundheitsstrukturen und Prozesse der Versorgung in Anspruch nehmen können, die sie benötigen, und ob diese Gesundheitsversorgung effektiv ist. Ein kunden- oder individuenorien-

3

tierter Qualitätsbegriff liegt vor, wenn bei der Qualität von Produkten oder Dienstleistungen von Unternehmen oder Organisationen die Kundenwünsche (Bedürfnisse und Erwartungen) bzw. der Grad der Erfüllung der Kundenwünsche in den Mittelpunkt der Betrachtungen gestellt wird. Ein kundenbezogener Qualitätsbegriff betrachtet überwiegend die Merkmale des Produktes, die subjektiv von der Zielgruppe »Kunde« wahrgenommen werden (Henkel 2008). Geraedts et al. (2011) fordern, dass es bei der Definition der Anforderungen an die Qualität darauf ankomme, die Anforderungen der verschiedenen Kundengruppen gleichberechtigt zu integrieren. Qualität ist demnach kein absoluter Wert, sondern vielfach in Beziehung zu Erwartungen und Wünschen zu verstehen (Stolle 2012).

Es ist erkennbar, dass in den pflegebezogenen Definitionen von Qualität ein produkt- sowie subjektbezogenes Verständnis offenbar wird, das inhaltlich angemessen gefüllt werden muss. Darüber hinaus lässt sich aus den pflegebezogenen Definitionen ebenso ein Zusammenhang von Kennzeichen, Kriterien und Indikatoren über die Zuordnung der verwendeten Begrifflichkeiten ableiten.

Aus dieser kurz skizzierten Debatte kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass für die Messung und Beurteilung von Qualität in der pflegerischen Versorgung ein systematisches Verständnis von Qualität erforderlich ist, das die soziale, räumliche, materielle, gesellschaftliche und institutionelle Umwelt einbezieht. Ein systematisches bzw. theoretisches Qualitätsverständnis hat das Poten-

zial, die Mehrdimensionalität pflegerischer Prozesse und daraus resultierender Performanz der pflegerischen Versorgung zu verdeutlichen.

### 3.2.2 Begriffe Kennzeichen – Kriterien – Indikatoren

Die in ► Abschn. 3.2.1 kurz skizzierte Debatte zu Definitionen von Qualität in der Pflege zeigt, dass diese einen abstrakten Rahmen bilden, der inhaltlich gefüllt werden muss. Aus den aufgeführten Definitionen lässt sich ableiten, dass diese zunächst Kennzeichen/Merkmale des Phänomens Pflege fokussieren, die bestimmte Ziele (Kriterien) erfüllen müssen. Diese Zielerfüllungen werden über sinnvolle Indikatoren gemessen. ■ Tab. 3.1 stellt diesen Zusammenhang übersichtlich dar:

Mit anderen Worten: Die inhaltliche Darstellung von Qualitätsvorstellungen erfolgt demgemäß über **Kennzeichen/Merkmale**. Die Kennzeichen/Merkmale beschreiben einen Gegenstand und können in der Definition von Qualitätsvorstellungen in eine Hierarchisierung bzw. Taxonomie überführt werden. D. h., es liegen Kennzeichen/Merkmale innerhalb einer auf theoretischen und wissenschaftlichen Grundlagen hergeleiteten Kennzeichen/Merkmalbeschreibung vor, die den Bereich bzw. den Gegenstand prägnanter darstellen als andere, die eher randständig den Gegenstand/Bereich beschreiben. Darüber hinaus ist Qualität nichts Absolutes, da es sich beim Begriff Qualität um eine Vielzahl von Kennzeichen/Merkmalen und Eigenschaften handelt, die einem ständigen Wech-

■ Tab. 3.1 Begriffe/Quellen. Kennzeichen/Merkmale. Kriterien. Indikatoren

EN ISO 9000 – 2005	Merkmale	Anforderungen	Grad
Seghezzi et al. (2007)	Beschaffenheit	Bedürfnisse	-
Donabedian (1966)	Pflege- [tätigkeiten]	zuvor formulierte Pflegeziele	Grad
Joint Commission	Pflege- [tätigkeiten]	Gewünschte Ziele	Grad
Kämmer (1998)	Geleistete Pflege	Erwartungen	Grad
(Quelle: Hasseler et al. 2016)			
Pflege-Report 2018			

sel unterworfen sind. Die Kennzeichen/Merkmale und Eigenschaften beziehen sich auf gegebene Erfordernisse und/oder auf vorgegebene Forderungen. Erst in der Summe einzelner Forderungen ergibt sich folglich Qualität (Benes und Groh 2011). Auf der Suche nach geeigneten Kennzeichen/Merkmalen wird es somit keine abschließenden Auflistungen geben können. Auch ist nicht jedes Kennzeichen/Merkmal für die Prüfung und Berichterstattung von Qualität geeignet, da nicht alle in geeigneter Weise die Performanz der Einrichtungen der Langzeitpflege darstellen. Für die Beurteilung von Qualitätskennzeichen/Merkmalen ist es erforderlich, Anforderungen, Erfordernisse oder Erwartungen festzulegen (Hasseler und Fünfstück 2015).

**Kriterien** sind als Eigenschaften zu verstehen, deren Erfüllung als Voraussetzung einer qualitativ hochwertigen Versorgung im Gesundheitswesen erwartet wird (Geraedts et al. 2002). Nach Donabedian (1980) sind »Kriterien [...] zählbar und messbar und dienen der Evaluation der Qualität«. Für die Kriterien wird eine Anforderung bzw. Zielvorgabe festgelegt, die in der Qualitätsprüfung erfüllt werden soll. An dieser Vorgabe gilt die Orientierung, ob das Kriterium mit »ja, erfüllt«, »nein, nicht erfüllt« oder ggf. »teilweise erfüllt« beurteilt werden kann. Um das Kriterium anhand einer Messung beurteilen zu können, muss ein Maß und ein Messinstrument vorliegen. Nur über ein Maß kann das Kriterium differenziert eingeschätzt werden. Die Maßeinheiten, die die Angabe eines erreichten Grades bzw. Niveaus ermöglichen, sind die Indikatoren, die zu jedem Kriterium notwendig sind und wie die Merkmale und Kriterien theoriefundiert und möglichst evidenzbasiert ermittelt werden müssen.

Kennzeichen/Merkmale von Qualität in der Pflege werden demgemäß auf der Grundlage von **Kriterien** beurteilt. Auch bei den Kriterien ist eine Mehrdimensionalität zu konstatieren, da die Anforderungen durch die »verschiedenen interessierten Parteien« sehr heterogen ausfallen können. Im Bereich der Langzeitpflege sind als Interessengruppen u. a. die Leistungsempfänger, die Pflege(fach)kräfte, das Einrichtungsmanagement, Träger, Behörden u. w. m. zu nehmen. Für die Bestimmung, ob ein Kriterium erfüllt, nicht erfüllt oder nur teilweise erfüllt wurde, müssen wiederum ein Maß und ein Messinstrument vorliegen, da nur über ein Maß das

Kriterium differenziert eingeschätzt werden kann. Dafür sind theoriefundierte und evidenzbasierte Indikatoren erforderlich, die den zu erreichenden Grad bzw. das zu erreichende Niveau als Maßeinheiten angeben.

**Qualitätsindikatoren** sind in aller Regel quantitative Messungen und Ergebnisse, die die professionelle pflegerische Versorgung darstellen. Sie unterstützen ein Monitoring in der pflegerischen Versorgung und eine Evaluation in Bereichen, die für die Maßnahmen in der Pflege relevant sind (Nakrem et al. 2009). Prinzipiell sollten Indikatoren im Zusammenhang mit Qualitätsprüfungen und Qualitätsberichterstattung eine Bewertung der Performanz von gesundheits- bzw. pflegebezogenen Prozessen und Ergebnissen ermöglichen (Mainz 2003). Sie messen die Ergebnisqualität in der pflegerischen Versorgung. Sie sind Maße, deren Ausprägungen zwischen guter und schlechter Qualität von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen in Gesundheit und Pflege unterscheiden (Geraedts et al. 2002). Somit bestimmen Qualitätsindikatoren die Qualitätslevel oder Schwellen, die zwischen guter und schlechter Qualität unterscheiden (Dyck 2005; Geraedts et al. 2002). Sie sind demzufolge »Messinstrumente und Hilfsgrößen, die den direkt nicht fassbaren Qualitätsbegriff abbilden« (Blumenstock 2011:155). Indikatoren basieren auf Standards, Leitlinien und systematischen Erkenntnissen in der Pflege oder Gesundheitsversorgung. Sie sollten auf der besten zur Verfügung stehenden Evidenz basieren und sich aus der akademischen Literatur ableiten (ebd. 2011) oder – wenn systematische Literatur fehlt – auf der Basis von Expertenpaneln bestimmt werden (Mainz 2003). Da Qualität in der Pflege ein multidimensionales Konstrukt ist, werden multiple Indikatoren für jeden relevanten Bereich der Versorgung benötigt, die Einsichten in die einzelnen Domänen von Qualität geben und umfassend Qualität in der Pflege messen (Arling et al. 2005; Rubin et al. 2001).

Es bleibt aber festzuhalten: Können aufgrund fehlender Referenzwerte und wissenschaftlich-systematischer Erkenntnisse keine Soll-Werte formuliert werden, so ist die Entwicklung eines Indikators nicht möglich. In diesem Falle bleibt die Qualitätsbeurteilung auf der Ebene der Kriterien (Hasseler und Fünfstück 2012).

### 3.2.3 Zusammenfassung: Anforderungen an ein theoretisch-konzeptionelles Qualitätsverständnis

Die in der Literatur publizierten Definitionen zu Qualität in der Pflege sind sehr allgemein und geben keine Hinweise auf Ausgestaltung sowie Entwicklung von Qualitätsprüfsystemen und -berichterstattung. Aus der in ► Abschn. 3.2.1 und ► Abschn. 3.2.2 geführten Diskussion wird folgender Vorschlag für eine Definition des Begriffes Qualität in der Pflege formuliert:

» Qualität in der Pflege bzw. Pflegequalität entsteht dann, wenn Kennzeichen/Merkmale der pflegerischen Versorgung ein im Vorfeld definiertes Niveau erreichen, welches sich an den Bedürfnissen und Bedarfen der relevanten beteiligten Gruppen (Klienten, Bewohner, Berufsgruppen, Träger u. a.) messen lässt. Die Qualität in der Pflege wird messbar, wenn zu den Merkmalen der pflegerischen Versorgung Kriterien definiert worden sind, die anhand von evidenzbasierten Indikatoren Rückschlüsse auf das Erreichen von Soll-Werten zulassen«  
(Hasseler und Fünfstück 2015, S. 369).

Als bedeutsame Begriffe aus allen aufgeführten Definitionen zu Qualität in der Pflege können Kennzeichen/Merkmale, Kriterien und Indikatoren extrahiert werden. Dieser Dreiklang der drei Begriffe impliziert, dass für die Entwicklung eines theoretisch-konzeptionellen Qualitätsverständnisses in einem ersten Schritt geeignete Kennzeichen/Merkmale pflegerischer Versorgung zu definieren sind. Auf dieser Grundlage werden bzw. sollten in weiteren Prozessen angemessene Kriterien und Indikatoren entwickelt werden. Mit einem derartig systematisch-orientierten Verständnis von Qualität in der Pflege wird ermöglicht, dass der komplexe und spezifische Versorgungs- und Betreuungsprozess sowie das Ergebnis der pflegerischen und betreuenden Versorgung der hilfe- und pflegebedürftigen Menschen umfassend beurteilt werden können.

Für die Entwicklung von Qualitätsprüfsystemen in der Langzeitpflege sind demgemäß mehrere systematisch aufeinander abgestimmte Schritte notwendig:

1. Entwicklung/Eingrenzung eines theoretisch-konzeptionellen Qualitätsverständnisses
2. Bestimmung und Beschreibung geeigneter Kennzeichen/Merkmale für die Qualitätsbeurteilung (die der pflegerischen Dienstleistung zugeordnet werden können)
3. Festlegung von und Verständigung auf Kriterien mit systematisch entwickelten Anforderungsniveaus, die erreicht werden müssen, um eine ausreichende Qualität vorweisen zu können
4. Entwicklung von Indikatoren (geeigneter Messskalen und Instrumente zur Überprüfung des Erreichungsgrades des Anforderungsniveaus)
5. Überprüfung und Bewertung von Indikatoren in der Pflege mit entsprechenden Instrumente wie QUALIFY (Reiter et al. 2007) oder mit einem zweistufigem Bewertungsverfahren wie QISA (Beyer et al. 2011)

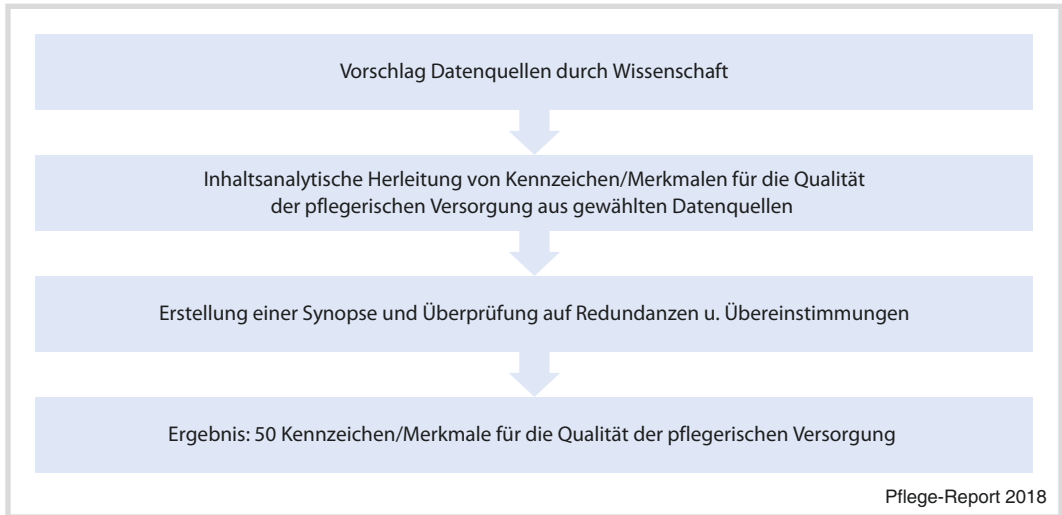
### 3.3 Methodische Vorgehensweise: Suche und Auswahl von Kennzeichen/Merkmalen für die Qualität der pflegerischen Versorgung

Vor dem Hintergrund gesetzlicher Regelungen sind Qualitätsprüfungen nach §§ 114ff SGB XI weiterzuentwickeln. Diese müssen sowohl die Qualität der pflegerischen Versorgung in Einrichtungen der stationären Pflege als auch die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner abbilden. Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf die Frage der Qualität der pflegerischen Versorgung. Für die Erfassung der Lebensqualität s. ► Kap. 10.

Wie oben bereits beschrieben setzt die Messung von Pflegequalität ein theoretisch-konzeptionelles Qualitätsverständnis voraus. Zur Erarbeitung eines solchen Verständnisses installierte der GKV-Spitzenverband eine Arbeitsgruppe, die sich aus Vertretern der Beteiligten der Selbstverwaltung zusammensetzte und wissenschaftlich begleitet wurde.

Als Ausgangsbedingung sollte das zu entwickelnde Qualitätsverständnis alle Versorgungssettings (stationäre Pflege, ambulante Pflege, teilstationäre Pflege sowie Kurzzeitpflege) berücksichtigen und wissenschaftliche bzw. fachliche Erkenntnisse





■ **Abb. 3.1** Ablauf inhaltsanalytische Herleitung von Kennzeichen/Merkmalen für Qualität in der Pflege (Aus: Hasseler et al. 2016; mit freundlicher Genehmigung)

einbeziehen. In einem ersten Schritt sollten systematisch Kennzeichen bzw. Merkmale identifiziert werden.

Aufgrund eines fehlenden Rahmenmodells bzw. theoretischen Konstrukts für Qualität in der Pflege wurde ein konsensuelles Vorgehen (Expertenkonsensusverfahren bzw. nominaler Gruppenprozess als formale Konsensus-Technik) für die theoriegeleitete Analyse von »Kennzeichen/Merkmalen« pflegerischer Versorgung gewählt.

Für die Wahl der zugrunde gelegten Quellen, um »Kennzeichen/Merkmale« professioneller Pflege theoriegeleitet zu analysieren, wurden Einschlusskriterien definiert. So sollten sie u. a. für den deutschsprachigen Raum Aufgaben und Verantwortlichkeiten professioneller Versorgung und grundlegende Aspekte der Pflege (älterer Menschen) beschreiben sowie über medizinische und körperverrichtungsbezogene Bereiche pflegerischer Versorgung hinausgehen, d. h., auch gesundheitliche, soziale und betreuende Aufgaben umfassen. Des Weiteren sollten sie rechtliche Rahmenbedingungen pflegerischen Handelns und damit relevante Aufgaben, Verantwortlichkeiten, Rechte und Pflichten professioneller Pflege umfassen. Ebenso wichtig war das Kriterium, dass die Quellen einen gesellschaftlichen Konsens pflegerischen Handelns sowie menschenwürdiger pflegerischer Versorgung

umfassen. Zusammenfassend sollten die Quellen das Potenzial aufzeigen, die pflegerischen Aufgaben und Verantwortlichkeiten für die Settings der Langzeitpflege abzubilden.

■ **Abb. 3.1** verdeutlicht das Vorgehen in der Identifikation von »Kennzeichen/Merkmalen« pflegerischer Versorgung. Zunächst wurde eine Arbeitsgruppe gebildet, die gewährleistetete, dass Expertinnen und Experten unterschiedlicher Entscheidungsträger (GKV-SV, MDS, MDK, Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene) und aus der Wissenschaft ihre jeweiligen Perspektiven und Expertisen einbringen konnten. Das Ziel der Arbeitsgruppe war, relevante »Kennzeichen/Merkmale als ersten Schritt für die weitere Entwicklung von Qualität in der Pflege abzuleiten. In einem weiteren Schritt wurden von Seiten der wissenschaftlichen Beratung Vorschläge für Quellen gemacht, die für die Analyse und Ableitung der »Kennzeichen/Merkmale« gemäß den oben genannten Auswahlkriterien zugrunde gelegt werden konnten. In dem anschließenden Schritt wurden von jedem Mitglied der Gruppe die Quellen gelesen und inhaltsanalytisch die »Kennzeichen/Merkmale« abgeleitet, die im darauffolgenden Schritt in mehreren Arbeitssitzungen in eine Synopse überführt, diskutiert sowie auf Redundanzen und Übereinstimmungen untersucht wurden.

Auf diese Weise wurden insgesamt 50 Kennzeichen/Merkmale definiert, die dann in einem weiteren Schritt auf der Grundlage einer systematischen Literaturrecherche und Analyse beschrieben wurden.

### 3.3.1 Recherche und Beschreibung geeigneter Kennzeichen/Merkmale für die Qualität der pflegerischen Versorgung

Die durch die Arbeitsgruppe identifizierten Kennzeichen/Merkmale hatten zuerst nur den Charakter von Begriffen. Diese mussten nun konzeptionell gefüllt werden. Die dazu erforderlichen Arbeitsschritte wurden eng mit der GKV abgestimmt.

Im ersten Schritt wurden die identifizierten Kennzeichen/Merkmale einer systematischen Recherche unterzogen. Die Suche erfolgte in den Datenbanken bzw. Suchportalen: PubMed, CINAHL, Livivo, Carelit und Psyn dex. Für jedes Kennzeichen/Merkmal wurden eigene recherchéleitende Fragen formuliert. Es wurden Suchbegriffe in deutscher und englischer Sprache gebildet und je nach den Vorgaben der Datenbanken und Suchportale eingesetzt. Soweit möglich wurde mit Schlagworten gesucht. In PubMed wurden entsprechend MeSH-Terms («Medical Subject Headings») für die Recherche verwendet.

Die Literaturrecherche wurde von den Recherchefragen geleitet. Diese Recherchefragen stellen eine Verbindung zwischen dem Kennzeichen/Merkmal und dem Pflegebegriff her. Dies war nötig, denn einige Kennzeichen/Merkmale sind primär pflegeunspezifisch. Ohne eine Eingrenzung übersteigen diese teilweise bei Weitem den Bereich, der durch Pflege beeinflussbar ist. Ein Beispiel stellt das Kennzeichen/Merkmal »Menschenwürde« dar. Mit dem Ziel der Eingrenzung auf Pflegerelevanz wurden u. a. folgende Fragen formuliert: Welche Bedeutung hat Menschenwürde für die Pflegebedürftigen? Inwieweit wird die Menschenwürde im Pflegekontext bedroht oder verletzt? Inwieweit kann das Kennzeichen/Merkmal »Menschenwürde« im Rahmen der Qualitätsmessung in der Pflege genutzt werden?

Die durch die Recherche aufgefundenen Texte wurden einer Textanalyse unterzogen, deren Struk-

tur sich an den Gliederungspunkten zur Darstellung der Kennzeichen/Merkmale orientierte. In methodischer Hinsicht wurde das Prinzip der Evidenzbasierung verfolgt.

#### ■ Erläuterungen zur Kennzeichenbeschreibung

Im Sinne einer vergleichbaren Darstellung der einzelnen Kennzeichen/Merkmale der pflegerischen Versorgung wurde für alle Beschreibungen ein einheitliches Gliederungsraster festgelegt. Dieses sieht folgendermaßen aus:

1. Rechercheleitende Frage
2. Zusammenfassende Kennzeichenbeschreibung
3. Stand der Literatur
4. Rechtliche Aspekte
5. Gibt es Mindeststandards?
6. Gibt es Mindestanforderungen?
7. Gibt es zentrale Aspekte, die für die Qualitätsmessung von Bedeutung sind?
8. Stehen einige Aspekte miteinander in Beziehung?
9. Literaturverzeichnis

Im Zuge der Analyse, Aufbereitung und Beschreibung der einzelnen Kennzeichen/Merkmale wurden stets auch unterschiedliche Perspektiven berücksichtigt, z. B. die der Pflegebedürftigen und/oder der Pflegenden. Auf diese Weise wurde sichergestellt, dass die Multidimensionalität der Kennzeichen/Merkmale von Pflege hinreichende Berücksichtigung fand.

Soweit es sich anbot, wurde auch auf die Frage der konkreten Messbarkeit der einzelnen Themen Bezug genommen. In Anknüpfung an die bereits einleitend dargestellte Prämisse, im Rahmen derer die Erarbeitung eines theoretisch-konzeptionellen Qualitätsverständnisses lediglich als Grundlage bzw. erster Schritt hin zur Entwicklung konkreter Qualitätsindikatoren zu verstehen ist, stand dieser Aspekt aber nicht im Vordergrund.

Mittels dieser Gliederungspunkte wurden alle 50 Kennzeichen/Merkmale auf insgesamt ca. 700 Seiten beschrieben.

### 3.3.2 Exemplarische Darstellung von Kennzeichen/Merkmalen für die Qualität der pflegerischen Versorgung

Die von der Arbeitsgruppe der Selbstverwaltung identifizierten Kennzeichen /Merkmale sind von sehr unterschiedlicher Art und Thematik. Sie betreffen pflegfachliche Themen wie Beratung, Biografiearbeit, Kultursensibilität, Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, individuelle Pflege; organisatorische Themen wie Personalentwicklung und Arbeitsbedingungen; ökonomische Themen wie Wirtschaftlichkeit sowie qualitätsbezogene Themen wie Qualitätsverantwortung, internes

Qualitätsmanagement oder Sicherung und Entwicklung von Qualität.

Zwei Kennzeichen/Merkmale sollen beispielhaft stichwortartig vorgestellt werden, um die schrittweise Erarbeitung der Kennzeichen/Merkmale zu verdeutlichen.

Bei dem Kennzeichen/Merkmal »Individuelle Pflege« handelt es sich um eine häufig genannte pflegerische/pflegewissenschaftliche Richtschnur professionellen Pflegehandelns mit unscharfer konzeptioneller Grundlage. Das Kennzeichen »Hygiene« ist demgegenüber gut objektivierbar und verfügt über eine gute Datengrundlage. Die Darstellung orientiert sich an der o. g. Gliederung (■ Tab. 3.2).

■ Tab. 3.2 Beispielhafte Skizzierung der Kennzeichen/Merkmale »Individuelle Pflege« und »Hygiene«

	Kennzeichen/Merkmal: Individuelle Pflege	Kennzeichen/Merkmal: Hygiene
<b>Rechercheleitende Fragen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Bedeutung für Pflegebedürftige, in Pflege und Betreuung Tätige und Pflegeeinrichtungen;</li> <li>– Förderliche oder hinderliche Faktoren;</li> <li>– Messbarkeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Standards oder Richtlinien für ambulante/stationäre Pflege</li> <li>– Spezifische Herausforderungen ambulante/stationäre Pflege</li> <li>– Hygiene und Qualitätssicherung</li> <li>– Messbarkeit</li> </ul>
<b>Stand der Literatur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Kriterien individueller Pflege</li> <li>– produktive Aufnahme persönlichkeitsprägender Aspekte wie Erfahrungen, Verhalten, Gefühle, Urteile (Radwin und Alster 2002)</li> <li>– Umsetzbarkeit individueller Pflege: z. B. Primary Nursing</li> <li>– Unterstützende Pflegedokumentation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Epidemiologische Relevanz von <i>healthcare-associated infections</i> (HAI) und MRSA (KRINKO 2014)</li> <li>– Risikofaktoren für HAI</li> <li>– Ansatzpunkte zur Prävention von HAI</li> <li>– Zusammenhang HAI – Pflegestufe</li> <li>– Gefährdung Pflegende – MRSA-Infektion</li> </ul>
<b>Rechtliche Aspekte</b>	<p>Vorgaben in SGB XI:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Individueller Pflegeplan (§ 18 SGB XI)</li> <li>– Individuelle Pflegeberatung (§ 7 SGB XI)</li> <li>– Förderung von Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes (§ 40 SGB XI)</li> </ul>	<p>Vorgaben Infektionsschutzgesetz, u. a.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Verpflichtung von Einrichtungen zur Erstellung von Hygieneplänen</li> </ul> <p>Vorgaben Landes-Heimgesetze</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Nehmen Vorgaben aus Infektionsschutzgesetz auf</li> <li>– § 113 SGB XI Einhaltung hygienischer Standards</li> </ul>
<b>Mindeststandards</b>	Jenseits der rechtlichen Vorgaben wurden keine Mindeststandards identifiziert.	<p>Empfehlungen der KRINKO beim Robert Koch-Institut u. a.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Einsatz eines/einer Hygienebeauftragten</li> <li>– Einsatz einer Hygienekommission</li> <li>– Kooperation mit niedergelassenen Ärzten</li> <li>– Sicherstellung einer adäquaten Händehygiene/Händedesinfektion</li> <li>– Gefährdungsangepasstes Tragen von Schutzkleidung (KRINKO 2005)</li> </ul> <p>S1-Leitlinie »Hygienebeauftragte(r) in Pflegeeinrichtungen und anderen betreuten gemeinschaftlichen Wohnformen« (Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene 2012)</p>

Tab. 3.2 (Fortsetzung)

	Kennzeichen/Merkmal: Individuelle Pflege	Kennzeichen/Merkmal: Hygiene
<b>Mindestanforderungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Wahrnehmung und Beachtung individueller Unterschiede (Einschränkungen, Erfahrungen, Erwartungen Fähigkeiten etc.)</li> <li>– Einbindung der Menschen mit Pflegebedarf in Pflegeprozess BMFSFJ 2014):</li> </ul>	Verantwortung der Leitung: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Es sind einrichtungsinterne personelle und organisatorische Voraussetzungen zu schaffen (KRINKO 2005)</li> </ul>
<b>Zentrale Aspekte für Qualitätsmessung</b>	Kriterien: <ul style="list-style-type: none"> <li>– interindividuelle Unterschiede</li> <li>– Mitbestimmung der Pflegebedürftigen</li> </ul> Instrumente/Skalen, z. B.: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Individualized Care Scale-Instrument (Suhonen et al. 2000)</li> <li>– Seeing the Individual Patient-Skala (Schmidt 2003)</li> <li>– Individualized Care Instrument (Chappell et al. 2007)</li> </ul>	Kriterien: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Strukturkriterien wie Hygienepläne und geeignete Materialien</li> <li>– Angebot von Schulungen</li> <li>– Outcomekriterien z. B. Wundinfektion, Harnwegsinfektion</li> </ul> Pflegespezifisches Instrument: <ul style="list-style-type: none"> <li>– z. B. Resident Assessment Instrument (RAI)(Grebe und Brandenburg 2015)</li> </ul>
<b>Beziehungen zu anderen Kennzeichen/Merkmalen</b>	Es besteht ein Bezug u. a. zu den Kennzeichen/Merkmalen: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Biografiearbeit</li> <li>– Wertschätzung</li> <li>– Einbeziehung der Betroffenen und deren Angehörigen</li> <li>– Privatsphäre und Umgebungsgestaltung</li> <li>– Kultursensibilität/religiöse Bedürfnisse/ Gleichgeschlechtlichkeit</li> </ul>	Es besteht ein Bezug u. a. zu den Kennzeichen/Merkmalen: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Verantwortliche Pflegefachkraft</li> <li>– Pflegefachlichkeit</li> <li>– Fortbildung</li> <li>– Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden</li> </ul>

(Quelle: eigene Darstellung)

Pflege-Report 2018

Mit der vorliegenden Beschreibung der Kennzeichen/Merkmale pflegerischer Versorgung liegt erstmals eine (vorläufige) Identifikation von Kennzeichen/Merkmalen pflegerischer Versorgung vor. Diese sind soweit möglich evidenzbasiert aufbereitet und in den Handlungskontext eingebunden, z. B. nimmt die Unterstützung individueller Pflege Bezug auf die geeignete Informationsweitergabe/Pflegedokumentation. Die Kennzeichen/Merkmale sind thematisch mit den formalrechtlichen Rahmenbedingungen von Pflege im Bereich von SGB XI kompatibel und sind sektorenübergreifend im Hinblick auf ambulante und stationäre Pflege aufbereitet.

### 3.4 Zusammenfassung und Ausblick

Das übergeordnete Ziel dieses Projektes war, ein theoriefundiertes bzw. ein theorie- und wissenschaft-

lich hergeleitetes Qualitätsverständnis und damit eine begründete Annahme für die systematischen Zusammenhänge von »Kennzeichen/Merkmalen«, Kriterien und Indikatoren pflegerischer Versorgung zu entwickeln. Als entscheidender erster Schritt wird die systematische Herleitung und Beschreibung der »Kennzeichen/Merkmale« verstanden, die eine Grundlage bildet für die Entwicklung und wissenschaftliche Überprüfung von Kriterien, Indikatoren sowie Instrumenten zur Messung und Prüfung von Qualität in der Pflege. Dieser erste Schritt ist nun vorläufig abgeschlossen. Relevante Kennzeichen/Merkmale für Qualität in der Pflege wurden identifiziert und – wie in diesem Beitrag kurz skizziert – auf der Grundlage einer Literaturrecherche beschrieben. Der folgende Schritt besteht in der Ableitung bzw. Entwicklung von Kriterien, Indikatoren und Messinstrumentarien. In mittel- und langfristiger Perspektive können auf dieser Grund-

lage Qualitätsberichte entwickelt werden, die die Anforderungen der Relevanz, Vergleichbarkeit und Nachvollziehbarkeit erfüllen.

Gleichwohl ist kritisch zu reflektieren, dass die vorliegende Beschreibung der Kennzeichen/Merkmale pflegerischer Versorgung den höchst unterschiedlichen Grad an Differenziertheit in der zugrunde liegenden Ausgestaltung dieser Termini deutlich macht. Dies betrifft sowohl die konzeptionelle Aufbereitung als auch die formale Regelungstiefe. Indem diese Heterogenität und teilweise unzureichende Fundierung aufgedeckt wird, wird sie transparent und damit diskursfähig.

So deckt die vorliegende Beschreibung der Kennzeichen/Merkmale Bedarfe an konzeptioneller Entwicklung und Forschung auf, und dies zu so unterschiedlichen Begrifflichkeiten wie »aktivierende Pflege«, »Beratung in der Pflege«, »Biografiearbeit«,

»Kultursensibilität in der Pflege«, »Personalentwicklung«.

Auch der Bedarf an konzeptioneller Entwicklung und Forschung für Qualitätsmessung in der Pflege wird sichtbar. Dies betrifft die Maßstäbe und Grundsätze ebenso wie die Entwicklung von Qualitätskriterien und Qualitätsindikatoren sowie die Entwicklung von Messinstrumenten.

Zugleich bleiben grundlegende Fragen offen, wie bspw. die Frage nach der Vollständigkeit. Zudem ist zu diskutieren, ob alle relevanten Kennzeichen/Merkmale auch für die Qualitätsmessung geeignet sind? Offen ist ebenfalls, ob alle Kennzeichen/Merkmale gleich zu gewichten sind.

So bleibt nur abschließend zu konstatieren, dass eine Ausgangslage für die Definition eines Qualitätsverständnisses in der Pflege geschaffen wurde, auf die nun aufgebaut werden kann.

**Open Access** Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.



## Literatur

- Arling G et al (2005) Future Developments of Nursing Home Quality Indicators. *The Gerontologist* 45 (2):147–56
- Benes G, Groh P (2011) Grundlagen des Qualitätsmanagements. 1. Aufl. München, Carl Hanser Verlag
- Beyer M et al (2011) Die Darstellung der hausärztlichen Versorgungsqualität durch Qualitätsindikatoren. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 105 (1):13–20
- Blumenstock G (2011) Zur Qualität von Qualitätsindikatoren. *Bundesgesundheitsblatt* 54:154–59
- Brandenburg H (1998) Kooperative Qualitätssicherung aus der Perspektive der Pflegewissenschaft. In: Klie T (Hrsg) *Kooperative Qualitätssicherung in der geriatrischen Rehabilitation*. Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung e. V. Freiburg im Breisgau, S 52–77
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2014) *Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen*. [http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Charta-der-Rechte-hilfe-und-pflegebed\\_C3\\_BCrtiger-Menschen,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf](http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Charta-der-Rechte-hilfe-und-pflegebed_C3_BCrtiger-Menschen,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf) (Gesehen 30 Jan 2017)
- Chappell NL, Reid CL, Gish JA (2007) Staff-based measures of individualized care for persons with dementia in long-term care facilities. *Dementia* 6 (4): 527–47
- Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene (2012) S1-Leitlinie: Hygienebeauftragte® in Pflegeeinrichtungen und anderen betreuten und gemeinschaftlichen Wohnformen. <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/075-003.html> (Gesehen 20 Feb 2017)
- DiGiorgio L et al. (2016) Is higher nursing home quality more costly? *Eur J Health Econ* 17: 1011–26
- Donabedian A (1980) *Explorations in quality assessments and monitoring*. Ann Arbor, MI, Health Administration Press
- Donabedian A (2005) *Evaluating the Quality of Medical Care*. *The Milbank Quarterly* 83 (4):691–729 (preprinted from the *Milbank Memorial Fund Quarterly* 44 (3):166–203; style and usage are unchanged)

- Dyck MJ (2005) Evidence-based Administrative Guideline. Quality Improvement in Nursing Homes. *Journal of Gerontological Nursing* 31 (2):4–10
- Eberlein-Gonska M (2011) Was ist an Qualitätsmanagement evidenzbasiert? Reflexionen über eine scheinbar einfache Frage. *Bundesgesundheitsblatt* 54:148–53
- Geraedts M et al (2002) Beurteilung der methodischen Qualität klinischer Messgrößen. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung* 96 (2):15–17
- Geraedts M et al (2011) Beurteilungskriterien für die Auswahl einer Einrichtung. In: Böcken J et al (Hrsg) *Gesundheitsmonitor 2011*. Verlag BertelsmannStiftung, Gütersloh, S 155–72
- Grebe C, Brandenburg H (2015) Resident assessment instrument: Application options and relevance for Germany. *Z Gerontol Geriatr* 48 (2): 105–113
- Hasseler M, Stemmer R, Weidekamp-Maicher M (2016) Abschlussbericht. Entwicklung eines wissenschaftlich basierten Qualitätsverständnisses für die Pflege- und Lebensqualität. Berlin ([https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/qualitaet\\_in\\_der\\_pflege/wissenschaftliches\\_qualitaetsverstaendnis/wissenschaftliches\\_qualitaetsverstaendnis.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/qualitaet_in_der_pflege/wissenschaftliches_qualitaetsverstaendnis/wissenschaftliches_qualitaetsverstaendnis.jsp)) (Gesehen 13 Nov 2017)
- Hasseler M (2015) Heraus- und Anforderungen an eine systematische Qualitätsmessung und -berichterstattung in der Langzeitpflege. *Vierteljahreshefte zur Wirtschaftsforschung (Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung): Pflegesicherung in Deutschland: Trotz unbestrittener Erfolge bleibt Reformbedarf erheblich* 83 (4): 67–85
- Hasseler M, Fünfstück M (2012) Die Erstellung und Erprobung von Qualitätsberichten nach § 12 des Landesgesetzes über Wohnformen und Teilhabe (LWTG) in Rheinland-Pfalz. Bericht zur wissenschaftlichen Begleitung. Langversion, Abschlussbericht
- Hasseler M, Fünfstück M (2015) Informiert entscheiden. Qualitätsentwicklung und Qualitätsberichterstattung in der stationären Langzeitpflege – Eine Debatte über Anforderungen und Herausforderungen (Teil II). *Pflegezeitschrift* 68 (9): 554–59
- Henkel M (2008) Qualitätsberichte in der stationären Altenpflege. Potenzial und Ausgestaltungsmöglichkeiten. Diplomarbeit. Ruhr-Universität Bochum, Fakultät für Sozialwissenschaften. [http://www.careeffects.de/pdf/Qualitaetsberichte\\_in\\_der\\_Altenpflege.pdf](http://www.careeffects.de/pdf/Qualitaetsberichte_in_der_Altenpflege.pdf)
- Heslop L, Lu S (2014) Nursing-sensitive indicators: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 70 (11): 2469–82
- Institute of Medicine (IOM) (1990). *Medicare: a strategy for quality assurance*. Vol 1. National Academy Press, Washington, DC
- Kajoniuus PJ, Kazemi A (2016) Structure and process quality as predictors of satisfaction with elderly care. *Health and Social Care* 24 (6): 699–707
- Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (2014). Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten *Staphylococcus aureus*-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen.: Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut. *Bundesgesundheitsblatt*. (57): 696–732
- Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (2005). *Infektionsprävention in Heimen*. *Bundesgesundheitsblatt*. (48): 1061–80
- Mainz J (2003) Defining classifying clinical indicators for quality improvement. *International Journal for Quality in Health Care* 15 (6): 523–30
- Mittnacht B (2010) Qualitätsentwicklung und Nachhaltigkeit im Kontext häuslicher Pflegearrangements. *Entwicklungstrends und Perspektiven*. Jacobs Verlag, Lage
- Radwin L, Alster K (2002) Individualized nursing care: an empirically generated definition. *Int Nurs Rev* 49 (1): 54–63
- Reiter A. et al (2007) QUALIFY: Ein Instrument zur Bewertung von Qualitätsindikatoren. BQS Düsseldorf, Universität Düsseldorf, Universität Freiburg
- Rubin, HR et al (2001) The advantages and disadvantages of process-based measures of health care quality. *International Journal Society for Quality in Health Care* 13 (6): 469–74
- Rudert, B. (2016). *Das Dilemma von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Ansätze für ein erneuertes Qualitätsmodell in der stationären Altenpflege*. Verlag Dr. Kovac, Hamburg
- Schmidt LA (2003) Patients' perceptions of nursing care in the hospital setting. *J Adv Nurs* 44 (4): 393–9
- Seghezzi HD et al (2007) Integriertes Qualitätsmanagement. Der St. Galler Ansatz. Hanser, München
- Stolle C (2012) Wirkungen und Effekte des Resident Assessment Instrument (RAI Home Care 2.0) in der ambulanten Pflege in Deutschland. Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde Dr. Public Health an der Universität Bremen. Bremen 2012
- Spilsbury K et al (2011) The relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes: A systematic review. In: *International Journal of Nursing Studies* 48: 732–50
- Suhonen R, Valimäki M, Katajisto J (2000) Developing and testing an instrument for the measurement of individual care. *J Adv Nurs* 32 (5): 1253–63
- Wan TTH et al (2010) *Improving the Quality of Care in Nursing Homes. An Evidence-Based Approach*. The John Hopkins University Press, Baltimore
- Werner RM et al (2013) Do consumers respond to publicly reported quality information? Evidence from nursing homes. *Journal of Health Economics* 31: 50–61