



Reformkonzept Verbraucherorientierte Qualitätsberichterstattung in der Pflege

Reformkonzept Verbraucherorientierte Qualitätsberichterstattung in der Pflege

Anforderungen und Lösungsvorschläge
mit besonderem Blick auf Lebensqualität,
Personalausstattung und Erfahrungswissen

Eine Zusammenfassung dieser Inhalte,
eine Liste mit zu erhebenden Daten
sowie die Visualisierung eines idealtypischen
Informationsangebots finden Sie im Internet auf

www.weisse-liste.de/public-reporting-pflege

Inhalt

1. Einleitung	6
2. Zusammenfassung	7
2.1 Thesen zur Ausgangslage	7
2.2 Reformvorschläge im Überblick	8
3. Ausgangslage und Problemstellung	10
3.1 Hintergrund	10
3.2 Fragestellung und Zielsetzung	12
4. Operationalisierung zentraler Aspekte	14
4.1 Lebensqualität	14
4.1.1 Der individuelle Zugang zur Lebensqualität aus Nutzersicht	14
4.1.2 Lebensqualität als mehrdimensionales Konstrukt	15
4.1.3 Lebensqualität im Zeitverlauf einer dynamischen Pflegesituation	17
4.2 Gesundheitsbezogene Pflegequalität	20
4.3 Personalbezogene Kennzahlen	21
4.3.1 Relevanz im Kontext des Public Reporting	21
4.3.2 Operationalisierung für Verbraucher	22
4.3.3 Hinweise/Zitate aus der Folgebefragung	23
5. Herleitung der Nutzeranforderungen	24
5.1 Nutzerprobleme im Suchprozess (Betrachtung der „user journey“)	24
5.2 Nutzerbefragung	26
5.2.1 Methodik	26
5.2.2 Informationsinteresse der Nutzer	26
5.2.3 Situation der Nutzer und Suchverhalten	27
6. Herleitung lebensqualitätsbezogener Kriterien und Qualitätsmerkmale	30
7. Anforderungen und Lösungsvorschläge für ein idealtypisches Informationsangebot (Prototyp)	33
7.1 Vorbemerkung	33
7.2 Orientierungsphase	33

7.3	Vorauswahl	33
7.4	Detailvergleich	35
7.5	Entscheidung	36
7.6	Pflegeanbieter als Nutzer des Systems	37
8.	Abgeleitete Reformvorschläge	38
8.1	Online-first-Prinzip	38
8.2	Strukturbericht für den stationären Bereich	38
8.2.1	Erhebung und Sanktionierung	39
8.2.2	Inhaltlicher Vorschlag	39
8.3	Veröffentlichung personalbezogener Kriterien	40
8.3.1	Darstellung der quantitativen Personalausstattung	41
8.3.2	Darstellung der qualitativen Personalausstattung	42
8.3.3	Darstellung weiterer personalbezogener Kriterien	42
8.4	Darstellung der Pflegequalität	42
8.5	Erfahrungswissen	44
8.5.1	Befragung der Pflegebedürftigen	44
8.5.2	Befragung der Angehörigen	44
8.5.3	Befragung der Mitarbeiter	45
8.5.4	Freitexte und Onlineratings	45
8.6	Open-Data-Prinzip, Datenmanagement	45
8.6.1	Grundsatz und gesetzlicher Rahmen	45
8.6.2	Bereitstellung von Forschungsdaten	46
8.6.3	Bedingungen für eine nutzerorientierte Datenaufbereitung	46
8.6.4	Etablierung eines effizienten, subsidiären Datenmanagements	47
8.6.5	Transparenz über die Datenquellen	49
	Beteiligte Expertinnen und Experten	50
	Literaturverzeichnis	51
	Impressum	54

1. Einleitung

Die Bertelsmann Stiftung hat sich in ihrem Projekt Weisse Liste zum Ziel gesetzt, Vorschläge für ein neues Qualitätsprüfungs- und Veröffentlichungssystem in den fachlichen und politischen Diskurs einzubringen. Im Unterschied zu bisherigen Ansätzen, die eher aus der Perspektive der Qualitätssicherung entwickelt wurden und das Ergebnis eines komplexen Aushandlungsprozesses zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern darstellen, stehen für die Weisse Liste die Perspektive und das Rezeptionsverhalten der Verbraucher im Zentrum der Betrachtung. Ihnen soll das System am Ende Orientierung bei der Strukturierung der notwendigen Entscheidungsprozesse und der Auswahl eines passenden Pflegeanbieters geben. Die zweifellos wichtigen Fragen nach den relevanten, aussagekräftigen und unterscheidungsfähigen (gesundheitsbezogenen) Qualitätsindikatoren sowie den entsprechenden Prüfroutinen, die bisher den Diskurs dominiert haben, sollen ergänzt werden um den Aspekt der Lebensqualität der Pflegebedürftigen.

Im Zentrum stehen die Fragen: „Was wollen Verbraucher¹ wissen?“, „Welche Informationen können ihnen bei ihrer Suche weiterhelfen?“ und „Wie lassen sich diese Informationen am besten vermitteln?“

Um diese Fragen zu beantworten, wurden für dieses Konzept der Suchprozess der Verbraucher analysiert und eine zweistufige Nutzerbefragung durchgeführt. Zu veröffentlichende Kriterien und Merkmale wurden über eine Literaturrecherche sowie auf Grundlage von Expertenmeinungen und Praktikerinterviews hergeleitet.

Um die idealtypische Informationsaufbereitung und -vermittlung darzustellen, wurde ein Prototyp entwickelt, der online unter www.weisse-liste.de/public-reporting-pflege als Film einsehbar ist.

Aus diesen Vorarbeiten leiten wir pragmatische Reformvorschläge ab, die in weiten Teilen bereits heute umgesetzt werden können.

¹ Aus Gründen der Einfachheit und besseren Lesbarkeit verwendet diese Publikation vorwiegend die männliche Sprachform. Es sind jedoch jeweils beide Geschlechter gemeint.

2. Zusammenfassung

2.1 Thesen zur Ausgangslage

1. Zwischen Pflegeheimen und -diensten gibt es signifikante und relevante Qualitätsunterschiede, die für die Auswahl einer geeigneten Einrichtung wichtig sind. Dennoch unterscheiden sich die derzeit veröffentlichten „Pflegenoten“ nur marginal.
2. Über die gesundheitsbezogene Pflegequalität hinaus haben weitere Aspekte eine ebenso starke Bedeutung für die Anbieterwahl: nämlich Fragen der Lebensqualität. Das gilt für beide Sektoren (ambulant und stationär), aber vor allem für die Versorgung im Heim.
3. Die grundlegenden Dimensionen und Elemente von Lebensqualität sind intersubjektiv ähnlich und lassen sich in wenigen Begriffen zusammenfassen. Individuell hingegen ist deren jeweilige Gewichtung, mit denen diese in die Auswahl und Bewertung einer Pflegesituation und/oder Pflegedienstleistung einfließen.
4. Die Darstellung der Lebens- und Pflegequalität ist kein „Abfallprodukt“ der Qualitätssicherung, sondern eine eigene Aufgabe. Es ist daher notwendig, die Erhebung von Qualitätsinformation vom Nutzer her zu denken.
5. Die gegenwärtige Governance des Public Reporting im Pflegebereich gibt Anlass zur Sorge, dass auch bei der Erarbeitung der neuen Regelungen und Richtlinien die Interessen der Verbraucher gegenüber denjenigen der Akteure abermals ins Hintertreffen geraten.

2.2 Reformvorschläge im Überblick

Die im Kapitel 8 des vorliegenden Konzepts detailliert beschriebenen Reformvorschläge lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. Online-first-Prinzip

- Informationen müssen leicht zugänglich, verständlich und aktuell sein. Das gelingt besonders gut im jederzeit von überall aus zugänglichen Internet.
- Mithilfe von Filter- und Sortierfunktionen, Aggregation, Hierarchisierung und Gruppierung können Nutzer Informationen leichter erfassen und nach ihren Bedürfnissen gewichten.
- Das Public Reporting sollte vorrangig mit dem Ziel einer Onlineveröffentlichung konzipiert werden. Darauf aufbauend können unterschiedliche Medien für diverse Zielgruppen erstellt werden, von der individuellen Broschüre bis zum Forschungsdatensatz.
- Das Public Reporting muss sich als Informationsangebot hinsichtlich Technik und Nutzerfreundlichkeit mit kommerziellen Angeboten messen lassen können, damit es Wirkung entfalten kann.

2. Einführung eines verpflichtenden Strukturberichts mit Merkmalen, die Lebensqualität beeinflussen können

- Künftig sollten neben der gesundheitsbezogenen Pflegequalität vor allem Merkmale, die die Lebensqualität beeinflussen können, veröffentlicht werden. Das sind sehr häufig Strukturinformationen, die dabei helfen, den passenden Pflegeanbieter zu wählen.

- Dazu gehören die Aspekte Gesundheit und Wohlbefinden (u. a. Eignung für besondere Pflegesituationen), Mitwirkung und Information, Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit, Sicherheit, Spiritualität und Sinngebung, Teilhabe und Beschäftigung, Wohnen und hauswirtschaftliche Versorgung sowie Würde und Respekt.

3. Erhebung und Veröffentlichung personalbezogener Indikatoren

- Ausreichend Zeit für Pflege und Betreuung sowie die Qualifikation und Freundlichkeit der Mitarbeiter sind den Nutzern bei der Auswahl von Pflegeanbietern besonders wichtig.
- Die Anzahl und Qualifikation des Pflege- und Betreuungspersonals ist der entscheidende Faktor für gute Qualität. Der tatsächliche Personaleinsatz sowie Abweichungen von vereinbarten oder vorgeschriebenen Personalschlüsseln müssen daher veröffentlicht werden.
- Indem personalbezogene Indikatoren mit Qualitätsindikatoren gemeinsam erhoben und publiziert werden, können künftig Zusammenhänge von Personal- und Fachkräfteeinsatz mit Pflege- und Lebensqualität besser erforscht und Hinweise auf den notwendigen Personal-/Fachkräftebedarf abgeleitet werden.

4. Darstellung der Pflegequalität: Warnen und Empfehlen ist relevanter als gradueller Vergleich

- Dem Nutzer ist die fachliche Qualität der Pflege ebenfalls besonders wichtig. Allerdings benötigen Verbraucher dazu eine verständliche, zusammenfassende Qualitätsaussage.

- Bei einer Aggregation von Qualitätsdaten müssen Risiken und das Unterschreiten von Mindestanforderungen erkennbar bleiben. Dies muss auch dann gelten, wenn Ergebnisse aus unterschiedlichen Qualitätsprüfungen zusammengefasst werden.
- Am besten fasst man die Ergebnisse zusammen, indem vor den besonders schlechten Pflegeanbietern gewarnt wird. Als Anreiz für Qualitätsverbesserungen sollten auch besonders gute Anbieter sichtbar gemacht werden. Dafür sind Grenz- und Schwellenwerte erforderlich, die entweder pflegfachlich begründet, konsentiert oder statistisch ermittelt werden.
- Die zugrunde liegenden Qualitätsdaten müssen dennoch für interessierte Nutzer und Experten einsehbar sein, und zwar als Rohdaten auf dem höchstmöglichen Skalenniveau.
- Zur Methodik solcher standardisierter Befragungen bieten sowohl die Forschung wie auch Erfahrungen aus anderen Sektoren wertvolle Ansatzpunkte. Befragungen müssen dem Anspruch an Reliabilität, Validität und Objektivität genügen sowie manipulationssicher durchgeführt werden.

6. Open-Data-Prinzip und effizientes Datenmanagement

- Die im Rahmen des Public Reporting erhobenen Daten sollten der Öffentlichkeit zur freien Verfügung und Nutzung bereitgestellt werden.
- Datennutzungsbedingungen müssen es erlauben, die Informationen über digitale Filter- und Sortierfunktionen zu erschließen und Daten nutzerfreundlich zu aggregieren.
- Die Datensammlung und -aufbereitung sollten gebündelt werden, um eine bestmögliche Nutzung zur Verbraucherinformation und für die Forschung zu ermöglichen.
- Die Informationsverbreitung sollte hingegen dezentral erfolgen, um viele Zielgruppen zu erreichen und einen Wettbewerb um die besten, d. h. nutzerfreundlichsten und nützlichsten Angebote zu ermöglichen.
- Bestehende Informationsquellen sollten vorrangig erschlossen und genutzt werden. Dazu gehören Vertragsdaten, (künftig) gesetzlich vorgeschriebene Qualitätsmessungen der Pflegeanbieter, Prüfergebnisse des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) sowie die Prüfergebnisse der Heimaufsicht.
- Hinzu käme der vorgeschlagene Strukturbericht der Anbieter, dessen Daten aufwandsarm und revisions-sicher online erfasst werden sollten. Die Pflegeanbieter müssen ihre Angaben jederzeit aktuell halten können.

5. Erschließung und Veröffentlichung des Erfahrungswissens von an der Pflege Beteiligten

- Nutzer wollen wissen, welche Erfahrungen andere bei dem jeweiligen Pflegeanbieter gemacht haben und ob sie ihn daraufhin weiterempfehlen würden. Über Erfahrungsberichte können auch wichtige Informationen „zwischen den Zeilen“, z. B. wahrgenommene kritische Ereignisse, vermittelt werden.
- Es sollten für jedermann offene „Reviews und Ratings“ eingeführt werden. Dafür gibt es internationale Vorbilder. Anbieter sollten dabei die Möglichkeit zur Kommentierung erhalten.
- Ergänzend dazu stellen die Ergebnisse systematischer Befragungen von Angehörigen und/oder Mitarbeitern wichtige Informationsquellen dar. Für eine bessere Aussagekraft können gezielt kritische Ereignisse sowie Aussagen zur Weiterempfehlung erhoben werden.

3. Ausgangslage und Problemstellung

3.1 Hintergrund

Seit 2009 wird die Qualität der Pflegedienste und Pflegeheime gemäß §§ 114 ff. Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) durch jährliche Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) erhoben. Ein Teil der Prüfergebnisse wird in Form der Pflege-Transparenzberichte veröffentlicht. Um die Qualitätsergebnisse der Pflegeheime und -dienste vergleichbar zu machen, haben sich der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) und die Vertreter der Leistungserbringer in ihrer vom Gesetzgeber geforderten Vereinbarung (Pflege-Transparenzvereinbarung) für eine Bewertungssystematik nach Noten entschieden („Pflegetnoten“).

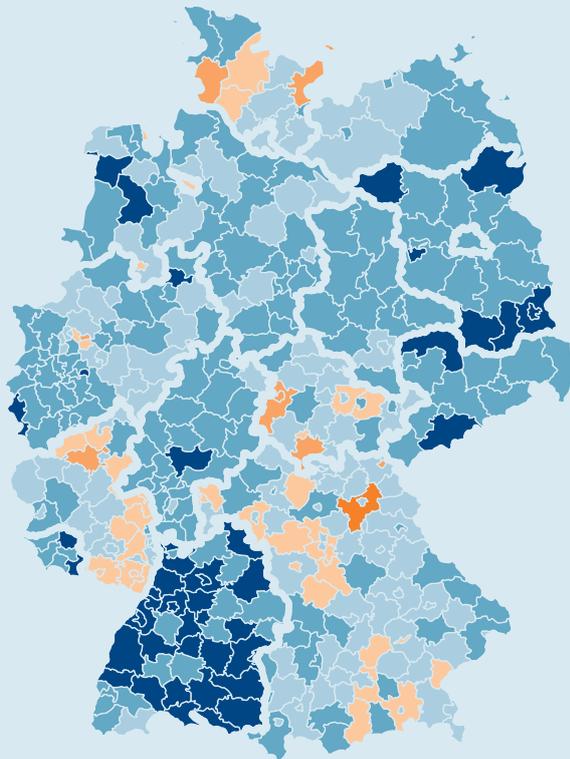
Die seit 2009 geltende Prüf- und Veröffentlichungssystematik stand jedoch von Beginn an in der Kritik. Die Aussagekraft der zusammenfassenden Pfelegetnoten für die tatsächliche pflegerische Qualität der Anbieter wird aus mehreren Gründen als eingeschränkt beurteilt: Zum einen werden die tatsächlichen Ergebnisse (Outcome) der Pflege für die Pflegebedürftigen („Ergebnisqualität“) bei der Bewertung kaum berücksichtigt, da überwiegend die Dokumentation der pflegerischen Tätigkeiten herangezogen wird. Zum anderen führt die Durchschnittsbildung zur Nivellierung kritischer Einzelergebnisse; negative Werte bei wichtigen Kriterien können durch gute bei weniger relevanten ausgeglichen werden. Sofern sich die tatsächlich existierenden Qualitätsunterschiede zwischen den Pflegeanbietern überhaupt in den Prüfergebnissen niederschlagen, werden sie durch die Bildung von Durchschnittsnoten so stark eingeebnet, dass die Gesamtnoten insgesamt nur eine sehr geringe Streuung aufweisen. Da das System dazu tendiert, kritische Befunde auszublenden, liegt der Median der Gesamtnoten bei 1,3 im ambulanten bzw. 1,2 im stationären Bereich.

Vergleicht man die Pfelegetnoten auf Bundesebene, fallen zudem Unterschiede im Notenniveau entlang den Landesgrenzen auf: etwa mit Blick auf Baden-Württemberg und Hessen (vergleichsweise eher gute Noten) gegenüber Rheinland-Pfalz und Thüringen (vergleichsweise eher schlechte Noten). Obwohl bundesweit einheitliche Instrumente genutzt werden und die Ergebnisse vergleichbar sein sollten, scheinen doch die Prüfroutinen der einzelnen MDK voneinander abzuweichen (Hackmann et al. 2016: 16). Dies zeigt sich selbst dann, wenn man ausschließlich die für die tatsächliche Pflege relevanten Qualitätsbereiche der Transparenzberichte betrachtet, die sich der „Pflege und medizinischen Versorgung“ und dem „Umgang mit demenzkranken Bewohnern“ (stationärer Bereich) bzw. den „pflegerischen Leistungen“ und „ärztlich verordneten pflegerischen Leistungen“ (ambulanter Bereich) widmen (s. Abbildung 1).

Das in der Pflege-Transparenzvereinbarung (PTVA) festgeschriebene Darstellungskonzept fixiert schließlich eine statische Präsentation der Prüfergebnisse in Form eines Datenblattes, die sich an der Papierform orientiert und daher auch im Internet als PDF-Dokument erscheint (s. Abbildung 2) muss. Diese Darstellungsweise bleibt weit hinter den digitalen Möglichkeiten einer nutzeradjustierten Aufbereitung der jeweiligen Daten zurück und verhindert geradezu eine an den Bedürfnissen der Verbraucher orientierte Information. Hinzu kommt, dass die den Transparenzberichten zugrunde liegenden Daten – Stamm- und Vertragsdaten sowie MDK-Prüfergebnisse – derzeit nicht allgemein zugänglich sind, sondern nur den Kostenträgern zur Verfügung stehen. Zwar hat der Gesetzgeber inzwischen auf diesen Umstand reagiert und im dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III) den Zugang für gemeinnützige Institutionen geregelt, die Ausgestaltung der Nutzungsbedingungen aber den

ABBILDUNG 1 **Pflegenoten ambulant und stationär**

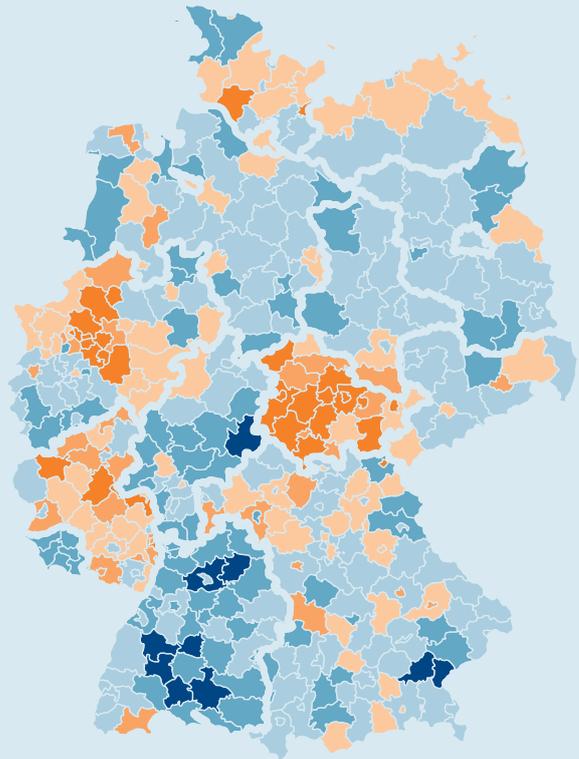
Note für „Pflege und medizinische Versorgung“ und
„Umgang mit demenzkranken Bewohnern“
in stationären Einrichtungen



Durchschnittsnote Stadt- und Landkreise (402)

■ n >1.0 – 1.2 (95)	■ n >1.6 – 1.8 (28)
■ n >1.2 – 1.4 (163)	■ n >1.8 – 2.0 (2)
■ n >1.4 – 1.6 (113)	■ n >2.0 – 2.1 (1)

Note für „pflegerische Leistungen“ und
„ärztlich verordnete pflegerische Leistungen“
ambulanter Pflegedienste



Durchschnittsnote Stadt- und Landkreise (402)

■ n >1.0 – 1.2 (19)	■ n >1.6 – 1.8 (68)
■ n >1.2 – 1.4 (118)	■ n >1.8 – 2.0 (31)
■ n >1.4 – 1.6 (143)	■ n >2.0 – 2.6 (23)

Quelle: vdek: Daten Clearing Stelle (DCS) Pflege für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen (2015); Berechnung Prognos AG (2016).

| BertelsmannStiftung

Vereinbarungspartnern überlassen. Wie liberal oder restriktiv diese sein werden, klärt sich erst im Laufe des Jahres 2017.

Derzeit wird das System der Pflegenoten grundlegend überarbeitet. Dazu hat der Gesetzgeber die bisherigen Vereinbarungspartner beauftragt, einen sogenannten Qualitätsausschuss zu bilden, der – bis Ende 2017 für den stationären und bis Ende 2018 für den ambulanten Bereich – neue Pflege-Transparenzvereinbarungen erarbeiten soll. Die maßgeblichen Organisationen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen nehmen beratend an den Sitzungen des Qualitätsausschusses teil, verfügen über Antrags-, aber kein Stimmrecht.

Die Reform der Pflegenoten findet im Kontext weiterer grundlegender Reformen im Bereich Pflege statt. In der laufenden Legislaturperiode haben drei große Pflegereformgesetze den deutschen Bundestag passiert. Nach der Einführung der Pflegeversicherung Mitte der neunziger Jahre dürfte dies der zweite große Reformschub im Bereich Pflege sein. Die wichtigste dieser Reformen ist zweifelsohne die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, im Zuge dessen die drei Pflegestufen durch ein System von fünf Pflegegraden zum 1.1.2017 ersetzt wurden, die künftig psychische und kognitive Einschränkungen und den Grad der Selbstständigkeit stärker berücksichtigen als das bisher der Fall war. Darauf aufbauend

wird derzeit ein neues Assessment für die Begutachtung des individuellen Pflegebedarfs implementiert (Neues Begutachtungsassessment, NBA). Parallel soll auch die Pflegedokumentation in den Diensten und Heimen entbürokratisiert werden. Da die bisherige

Qualitätsprüfung wesentlich auf der Pflegedokumentation basierte, kann gerade diese letzte Maßnahme erhebliche Auswirkungen auf die Qualitätstransparenz in der Pflege haben.

ABBILDUNG 2 Pflegenoten Datenblatt



Quelle: Vorgabe für die erste Darstellungsebene gem. der Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 8 SGB XI vom 11.08.2016, zur Anonymisierung bearbeitet.

3.2 Fragestellung und Zielsetzung

Im Fokus des vorliegenden Konzepts stehen die Bedürfnisse der Nutzer eines Onlineinformationsangebots zur ambulanten oder stationären Pflege: also die Pflegebedürftigen selbst, ihre Angehörigen und diejenigen, die sie beraten. Ziel der Weissen Liste ist es hier – wie auch bei der Suche nach Ärzten oder Krankenhäusern –, aus vorhandenen oder zu erhebenden Daten relevante Informationen zu generieren und diese möglichst passgenau für die jeweiligen Entscheidungssituationen aufzubereiten. Denn Qualitätstransparenz ist kein Selbstzweck, sondern Public

Reporting soll die Qualität der Leistungen sowie die sie steuernden internen und externen Entscheidungsprozesse durch verlässliche Information verbessern. Aus der einschlägigen Forschung (vgl. Schwenk und Schmidt-Kähler 2016) wissen wir, dass öffentliche Qualitätsberichterstattung messbare Effekte zunächst innerhalb der Leistungsanbieter zeitigt: Der gegenseitige Vergleich positioniert die eigene Einrichtung im Kontext der Mitbewerber und löst, sollten Mängel offenkundig werden, Veränderungsprozesse aus. Das gilt schon für die rein interne Verwendung der Qualitätsinformationen, etwa im Rahmen eines branchen- oder trägerspezifischen Benchmarkings.

Der qualitätsverbessernde Effekt verstärkt sich aber, sobald die Informationen vergleichbar publiziert werden. Transparenz erhöht somit die Wirkung von Qualitätsvergleichen.

Sie ermöglicht darüber hinaus, dass die Nutzer von Gesundheits- oder Pflegeleistungen sich im Markt der Angebote besser orientieren und (besser) informierte Entscheidungen treffen können. Unabhängig von der faktischen Nutzung der entsprechenden Angebote im Internet hegen die Bürger schon heute hohe Erwartungen an das Public Reporting: 81 Prozent gehen davon aus, dass die Veröffentlichung von Qualitätsinformationen über Ärzte, Krankenhäuser oder Pflegeeinrichtungen ihnen bei der Suche nach einem passenden Anbieter helfen kann (ebd.: 2). Der Anteil derjenigen, die von den Gesundheits- und Pflegeanbietern generell erwarten, dass sie ihre Qualität jedermann verständlich offenlegen, ist mit 95 Prozent sogar noch höher (ebd.: 3). Die Dienstleister im Gesundheitswesen unterliegen – so die Einschätzung der Bürger – einer Rechenschaftspflicht für das, was sie mit den Mitteln der Versicherten zum Wohle der Patienten oder Pflegebedürftigen tun. Public Reporting wird somit als selbstverständlich und notwendig angesehen. Damit es aber auch nützlich und hilfreich ist, also tatsächlich die Orientierung bietet, die die Bürger zu Recht erwarten, müssen die Informationsangebote sich am Such- und Entscheidungsbedarf der Betroffenen ausrichten.

Nutzerorientiertes Public Reporting zielt nicht auf ein Ranking der vermeintlich „besten“ Dienste oder Heime – solche bundes- oder landesbezogenen Ranglisten entsprechen eher einem journalistischen Interesse, haben aber mit den konkreten und individuellen Bedürfnissen der Nutzer wenig zu tun. Ihnen geht es primär darum, in einer akuten Entscheidungssituation oder bei der Vorbereitung einer Entscheidung das für sie oder den eigenen Angehörigen *passende* Angebot zu finden. Statt um die „Top 10“ geht es um das „Best Fit“, also die Einrichtungen, die unter den gegebenen Bedingungen (z. B. Pflegebedarf, Preiskorridor, Erreichbarkeit, Verfügbarkeit) am besten zum Pflegeangehörigen oder seinen Angehörigen und den Anforderungen an die selbst zu definierende Lebensqualität passen.

Pflege ist und bleibt ein Erfahrungsgut. Darum ist vor einer Entscheidung auch der persönliche Kontakt zu einem Pflegeanbieter, insbesondere der Besuch eines

Pflegeheims so bedeutend – auch das beste Informationsangebot kann diesen eigenen Eindruck nicht ersetzen. Gleichwohl können aber Bewertungen und Erfahrungsberichte anderer – Kunden, Bewohner, Angehörige oder auch Mitarbeiter – die Vorauswahl erheblich erleichtern und im Vor-Ort-Besuch eine kritische Nachfrage zu einzelnen Qualitätsaspekten ermöglichen. Auch Strukturinformationen zur Einrichtung helfen dabei, wie etwa Angaben über besondere Pflegeschwerpunkte, die räumliche Ausstattung oder die Berücksichtigung individueller Gestaltungswünsche im Heim. Grundvoraussetzung ist stets, dass die fachliche Pflegequalität stimmt; dieser Aspekt ist den Nutzern besonders wichtig (vgl. Kapitel 5.2.2). Allerdings können die wenigsten sich in die Fülle der abgeprüften Qualitätsindikatoren einarbeiten. Bei der Pflegequalität geht es daher um ein durch externe Prüfung fundiertes Urteil darüber, ob die Einrichtung die geprüften Mindestanforderungen erfüllt oder deutlich unterschreitet (Warnung). Schließlich könnten auch Einrichtungen mit besonders guten Prüfergebnissen ausgewiesen werden (Auszeichnung). Die Aufgabe einer nutzeradjustierten Darstellung besteht nun darin, diese verschiedenen Qualitätsaspekte – Erfahrungswissen, Strukturinformationen und die Ergebnisse der Qualitätsprüfung – möglichst übersichtlich und in einer für die jeweilige Situation angemessenen Weise aufzubereiten.

Die Grundprinzipien dieser konzeptionellen Arbeit sollen sowohl für die stationäre als auch für die ambulante Pflege gelten. Die Konkretisierung der Vorschläge erfolgt am Beispiel stationärer Pflegeeinrichtungen.

4. Operationalisierung zentraler Aspekte

4.1 Lebensqualität

4.1.1 Der individuelle Zugang zur Lebensqualität aus Nutzersicht

Die Wahl eines Pflegeheims ist in der Regel eine einmalige Entscheidung, die einen hohen Einfluss auf die zukünftige Lebensqualität des Pflegebedürftigen selbst sowie die seiner Angehörigen hat. Geht man von der These aus, dass es zwischen Pflegeheimen signifikante und relevante Qualitätsunterschiede gibt, so ist bezogen auf die eigenen Bedürfnisse und Qualitätsvorstellungen die richtige, initiale Wahl der Einrichtung ein entscheidender Prozess für die Maximierung der zukünftig erwartbaren Lebensqualität. Dabei wird

die Befriedigung des objektiven Bedarfs in Form einer guten pflegerischen Qualität vorausgesetzt. Darüber hinaus hat der Verbraucher eine individuelle Zielvorstellung, wie er auch bei gegebener Pflegebedürftigkeit leben möchte („Lebensqualität“). Er richtet sein Informationsinteresse daher auf für ihn verständliche und nachvollziehbare Aspekte, wie z. B. die Personalausstattung oder die Freundlichkeit des Personals (vgl. Geraedts et al. 2011).

Der Verbraucher wird sich bei der Anbieterauswahl vornehmlich dafür interessieren, wie sehr der Anbieter seine individuellen und subjektiven Bedürfnisse erfüllt. Die Leitfrage jeder Suche nach dem für die Pflegebedürftigen bzw. ihre Angehörigen passenden

ABBILDUNG 3 Qualitätsebenen aus Nutzersicht



Quelle: Eigene Darstellung.

Anbieter konkretisiert sich in der Entscheidungssituation in (mindestens) vier Basisfragen:

- Werde ich/wird mein Angehöriger gut gepflegt?
- Werde ich/wird mein Angehöriger gut betreut/aktiviert?
- Entsprechen die pflegerischen Strukturen/das Ausstattungsniveau meinen persönlichen Anforderungen und Vorstellungen?
- Wie schätzen (aktuelle/bisherige) Bewohner und Angehörige die Einrichtung ein?

Welche Fragen und Erwartungen, die Nutzer konkret bewegen, zeigen die Freitextantworten in der Nutzerbefragung der Weissen Liste:

Beispielhafte Zitate zur Anbieterwahl

- » *Ich habe mich für das Heim entschieden, weil es direkt für Demenzzranke ausgerichtet ist, weil die Bewohner sich im ganzen Haus und im umgebenden Garten frei bewegen können und trotzdem die Gefahr des „ausbüchsen“ sehr gering ist und weil das gesamte Personal einen sehr freundlichen Umgang mit den Bewohnern und Gästen an den Tag legt. Außerdem werden die Bewohner offensichtlich nicht mit zu viel Medikamenten versorgt.* «
- » *Habe im Vorfeld alle Heimaufsichtsberichte genau gelesen und die Probleme die aufgefallen sind bewertet.* «
- » *Bei mehreren Besuchen gewann ich den Eindruck, dass das Leitbild gelebt wird.* «
- » *Entfernung zu meiner Wohnung und entsprechend Erreichbarkeit. Es kamen mehrere Heime in Frage die alle in Nähe zu mir gewesen wären und alle in Frage kommenden Einrichtungen habe ich mir angesehen, um mir einen persönlichen Eindruck zu machen.* «
- » *Die Art der baulichen Anlage, viel gemeinschaftliche Fläche zum Bewegen, bei diesem Heim, um das ganze Gebäude herum angelegte Balkone /*

Laubengänge. Offene Einrichtung, um an die frische Luft zu kommen. Einzelzimmer mit eigenem vom Zimmer direkt zugänglichem Bad. Möglichkeit eigener Möblierung. Alle Zimmer im Erdgeschoß bzw. Obergeschossen mit Balkon/Laubengang. Keine Zimmer im Souterrain bzw. Untergeschoß. Die sofortige Verfügbarkeit des Einzelzimmers, welches angeboten wird. «

Quelle: Folgebefragung der Weissen Liste 2016.

Angesichts der Vielschichtigkeit des Themas ist anzuerkennen, dass diverse Einflussfaktoren auf die individuelle Lebensqualität nicht in der Einflussphäre der Pflegeeinrichtungen liegen. Dies gilt insbesondere für die allgemeine Lebenszufriedenheit, bezogen auf objektive biographische oder sozioökonomische Parameter, wie etwa die Familiensituation (Kommen Kinder zu Besuch?) oder die finanzielle Ausstattung (Wie viel Pflege und Betreuung lässt sich finanzieren?). Gleichwohl werden insbesondere im stationären Pflegebereich mit den Themen *Gesundheit, Wohnen und Aktivierung/Betreuung* wesentliche Lebensbereiche, die die gesamte Lebensqualität beeinflussen, durch die Einrichtung zumindest (mit-)verantwortet. Der Verlauf der stationären Unterbringung umfasst zudem in der Regel auch existenzielle Lebenssituationen, d. h. den Umgang mit Schmerzen, Leid und Sterben.

Somit war es folgerichtig, dass der Begriff der „Lebensqualität“ im Zuge des zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II) als Konzept zur vergleichenden Bewertung von Pflegeanbietern ausdrücklich verankert wurde: „Der Perspektive der Pflegebedürftigen ist bei der Bewertung der Qualität von Pflege, insbesondere aber hinsichtlich der Lebensqualität eine hohe Bedeutung einzuräumen“ (Bundesministerium für Gesundheit 2015).

4.1.2 Lebensqualität als mehrdimensionales Konstrukt

Lebensqualität als maßgebliches Element der Wirkung von Pflege („Quality of life as the care outcome“) wurde bereits 1998 bis 2002 in Rahmen des EU-Projektes *Care Keys* erforscht. Ziel des Projektes war es, ein pflegespezifisches Bild der Lebensqualität in Pflegesituationen (*care related Quality of Life*, kurz *crQoL*) zu zeichnen sowie Einflussfaktoren auf diese zu analysieren. Als übergeordnetes Konzept diente hierbei das

der Wohlfahrtsproduktion (Production of Welfare): „The final Outcome of the [Production of Welfare] process can be conceived as regained, retained or enhanced [Quality of life] of the client“ (Vaarama, Pieper und Sixsmith 2008: 6).

„In the QoL production process, the material (e.g. amount and qualification of staff) and non-material (e.g. courtesy of personnel) resources are combined to provide quantity (types and intensity) and quality of care, aiming at improving or supporting the well being ... of older clients“ (ebd.: 5). Diese Ausführung zeigt, dass Qualität auf der „Produzentenseite“ eine Kombination aus verschiedenen „objektiven“ und „subjektiven“ Faktoren ist. Gleiches gilt für die Lebensqualität aus Nutzersicht.

Das Konzept der Lebensqualität erhält zunehmende Bedeutung in der Diskussion um Qualitätskriterien in der stationären Versorgung Pflegebedürftiger (Wahl und Schneekloth 2007: 39/40).

Mit Fokus auf Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen oder Pflegebedarf formuliert die World Health Organisation (WHO) vier Domänen von Lebensqualität: physische Lebensqualität, psychische Lebensqualität, soziale Beziehungen sowie Aspekte der sozialen und physikalischen Umwelt (von dem Knesebeck et. al. 2006). Andere Autoren betrachten den Begriff spezifischer unter besonderer Berücksichtigung des Kontextes von Heimbewohnern, deren Lebenssituation nicht nur durch umfassende Regelungen, sondern auch durch den Verlust an Kompetenzen in den verschiedensten Bereichen gekennzeichnet ist (Wahl und Schneekloth 2007: 30). Der Begriff der Lebensqualität wird hier ebenfalls übereinstimmend multidimensional angelegt und bezieht körperliche, verhaltensbezogene, emotionale, mentale, materielle, soziale und spirituelle Aspekte mit ein (vgl. Abbildung 3). In der bislang größten Studie, die Aspekte der Lebensqualität bei Heimbewohnern untersucht, gehen die Autoren von folgenden Dimensionen aus: körperliches Wohlbefinden, Sicherheit, Unterstützung bei Einschränkungen, Essen und Trinken, Anregung und sinnvolle Beschäftigung, soziale Kontakte und Beziehungen, Würde, Privatheit, Religiosität und Sinnggebung sowie Selbstbestimmung (Kane et al. 2003). Die drei wichtigsten Aspekte aus Sicht der Bewohner waren dabei Würde, Sicherheit und Privatheit, während Angehörige und Pflegepersonal abweichende Gewichtungen setzten. Aus entwicklungspsychologischer Perspektive formu-

lieren Wahl und Schneekloth (2007: 40) als wichtigste Anforderung an stationäre Pflegeeinrichtungen die optimale Kompensation eingetretener psychischer und physischer Verluste und die Unterstützung bei der Verarbeitung dieser Verluste, um bei den Bewohnern ein größtmögliches Maß an Lebensqualität zu erzielen. Dies schließt zum einen Kontextbedingungen ein, die den Bewohnern ein Gewinnerleben ermöglichen, zum anderen bezieht dies explizit auch die dinglich-räumliche Ausstattung inklusive der damit verbundenen Möglichkeiten zur Aktivierung der Bewohner sowie die Berücksichtigung der individuellen Biographie der Bewohner ein. Die Notwendigkeit, Lebensqualität aus der Perspektive der Bewohner zu erfassen, verdeutlichen auch Wingenfeld et al. (2011) mit ihrem entwickelten Instrument zur Messung von Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe. Lebensqualität kommt den Autoren demnach „(...) in den Formen einer verlässlichen Orientierung in der objektiven Umwelt, in einer gleichberechtigten Teilhabe an der sozialen Umwelt und in einer authentischen Persönlichkeitsentfaltung zum Ausdruck (...)“ (ebd.: 20).

Hinsichtlich der Datenquellen zur Erfassung von Lebensqualität halten Wahl und Schneekloth (2007: 43) auf Basis einer kurzen Literaturanalyse, die die Unterschiede in der Wahrnehmung und Einschätzung lebensqualitätsbezogener Aspekte verdeutlicht, fest, dass „(...) sich keine der möglichen Datenquellen (insbesondere Bewohner, Pflegepersonal, Familienangehörige) für sich alleine genommen als zuverlässige bzw. ausreichende Auskunftquelle zur Einschätzung der Lebensqualität der Bewohner eignet.“ Vielmehr räumen sie allen Perspektiven eine Berechtigung ein, wobei in Hinblick auf demenziell Erkrankte an dieser Stelle differenziert werden muss.

Jüngstes Beispiel sind auch die Arbeiten zur Entwicklung eines Rahmenmodells der Lebensqualität in der stationären Pflege (Hasseler et al. 2016). Weidekamp-Maicher (2016) zeigt auf, dass der Begriff der gesundheitsbezogenen Lebensqualität nicht hinreichend ist, um Lebensqualität in der Pflege zu beschreiben: „Sie fokussieren (...) zu stark auf Gesundheit bzw. Funktionsfähigkeit und überschätzen diese möglicherweise in ihrem Einfluss auf die Lebensqualität von Heimbewohnern“ (ebd.: 19).

Weidekamp-Maicher gruppiert vorhandene Kriterien und Indikatoren nach den sechs Merkmalen Selbstbestimmung, Würde, soziale Teilhabe, Sicherheit, Wohl-

TABELLE 1 Übersicht „Dimensionen der Lebensqualität“, bezogen auf Bewohner von Pflegeeinrichtungen

WHO 2004	COHN & SUGAR 1991	KANE & KANE 2003/2005	BECKER, KASPAR & KRUSE 2006	NACH WAHL 2009
physische Dimension		körperliches Wohlbefinden	medizinisch-funktionaler Status	körperlich
	Qualität der Pflege & Betreuung	Unterstützung bei Einschränkungen	Betreuungsqualität	
		Essen & Trinken		
psychische Dimension			Psychopathologie/ Verhaltensauffälligkeiten	emotional
	allgemeine Lebenszufriedenheit	Sicherheit	subjektives Erleben und emotionale Befindlichkeit	
		Würde		
		Religiosität und Sinngebung		spirituell
	Autonomie	Autonomie	kognitiver Status	mental
soziale Dimension	soziale Beziehungen	soziale Kontakte und Beziehungen	soziale Umwelt	sozial
	Verhaltenskompetenz	Anregung und sinnvolle Beschäftigung	Verhaltenskompetenz	verhaltensbezogen
umweltbezogene Dimension	physische Umgebung	Privatheit	räumliche Umwelt	materiell

Quelle: Nach Wahl 2009; eingefügt aus Wingefeld et al. 2011.

WEISSE
LISTE

| BertelsmannStiftung

befinden sowie Zufriedenheit und trägt insgesamt 126 Kennzeichen der Lebensqualität zusammen. Zwar ließen sich bisher keine abschließenden Empfehlungen für besonders geeignete Kriterien und/oder Indikatoren in den einzelnen Merkmalsbereichen der Lebensqualität aussprechen: „Nichts desto trotz bieten insbesondere die vorhandenen Kriterien (in Abgrenzung zu vorhandenen Indikatoren, Anm. d. Verf.) eine gute Grundlage für die Entwicklung neuer Instrumente“ (Weidekamp-Maicher 2016: 36). Die gesammelten Kriterien und Indikatoren zeigen jedoch, dass die weit überwiegende Mehrzahl sich auf das Erfahrungswissen der Bewohner und Dritter bezieht. Das lässt den Schluss zu, dass zur Erhebung von Lebensqualität vordringlich valide Befragungsinstrumente entwickelt werden sollten.

Im vorliegenden Konzept konzentrieren wir uns bei der Zusammenstellung von Kriterien und Merkmalen zur Lebensqualität (vgl. Kapitel 6) auf solche, die verhältnismäßig einfach – insbesondere über prüfbare Strukturmerkmale – operationalisierbar sind.

4.1.3 Lebensqualität im Zeitverlauf einer dynamischen Pflegesituation

Im Kontext der Qualitätsberichterstattung geht es insbesondere darum, die Determinanten für Lebensqualität unter den besonderen Umständen einer sich entwickelnden Pflegesituation herauszuarbeiten. Dabei stellt die gesundheits- und pflegebezogene Ergebnisqualität ein notwendiges, aber nicht hinreichendes Element in einem umfassenden Lebensqualitätsansatz dar. Lebensqualität beinhaltet demnach (weitere) Elemente wie

- physische Gesundheit und Fähigkeiten
- psychische Gesundheit, subjektives Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit
- Einbindung in soziale Netzwerke, Aktivitäten und Partizipation
- sozioökonomische Rahmenbedingungen und Lebensumgebung (Vaarama, Pieper und Sixsmith 2008: 7)

Die Begründung eines Konzepts für *Lebensqualität* in *Pflegesituationen* ergibt sich daraus, dass Lebensqualität nicht nur mehrdimensional und individuell, sondern auch als dynamisch, d. h. als sich im Lebensverlauf verändernd, anzusehen ist. Die Abbildung 4 zeigt hier beispielhaft, wie sich der Umfang und die Bedeutung von Elementen der Lebensqualität situativ verändern können. Der Fokus liegt hier auf altersbedingten Pflegesituationen, wohlwissend, dass auch andere Pflegesituationen (bspw. Kinderkrankenpflege, Pflege von jüngeren Menschen mit und ohne Behinderung) einer adäquaten und lebensqualitätsorientierten Pflege bedürfen.

Die im Rahmen des vorliegenden Konzepts durchgeführten Recherchen – Literaturanalyse, Erhebungen und Expertengespräche – haben zu einem differenzierten Konzept der Systematisierung von Lebensqualität geführt, das acht Qualitätsdimensionen umfasst (vgl. Kapitel 6).

- Sicherheit
- Gesundheit und Wohlbefinden
- Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit
- Würde und Respekt
- Teilhabe und Beschäftigung
- Wohnen und hauswirtschaftliche Versorgung
- Spiritualität und Sinngebung
- Mitwirkung und Information

Ergänzend hierzu wird die These vertreten, dass Individualität sich intersubjektiv nicht in gänzlich anderen Dimensionen ausdrückt, sondern vielmehr in deren individuell unterschiedlicher Gewichtung (Zuordnung von Nutzenbeiträgen), in denen diese dann in die Auswahl und Bewertung einer Pflegesituation und/oder Einrichtung einfließen. Sofern der Nutzer im Such- und Auswahlprozess über umfassende Informationen zu den Qualitätsdimensionen und dazugehörigen Qualitätsaspekten verfügt, kann er diese individuell bewerten und gewichten. Dieser Ansatz erweitert bzw. individualisiert damit die allgemeine Theorie des sogenannten *Person-Environment (P-E) Fit*, d. h. der Annahme, dass Altern aus einer Interaktion zwischen einer Person (*Person*) und ihrer Umgebung (*Environment*) besteht. Dabei schließt die Umgebung in diesem Ansatz physische (z. B. Barrierefreiheit) und psychische Variablen (z. B. Stress/Belastung) mit ein. „P-E fit is therefore a function of both the physical and psychological environment and a product of an individual’s current, past, and future experiences and conditions” (Lien 2013: 26).

Die Bildung eines Gesamtindex – oder einer zusammenfassenden Note – als zentrales Entscheidungskriterium ist aus diesem Grund kritisch zu beurteilen, da sie die Subjektivität in der Bewertung und Gewichtung einzelner Dimen-

ABBILDUNG 4 **Lebensqualität verändert sich im Kontext von Alter und Pflegebedürftigkeit**



sionen und Qualitätskriterien ausblendet. Aus Sicht des vorliegenden Reformkonzepts führt aber diese der Lebensqualität zugeschriebene Individualität und Subjektivität nicht zu der resignativen Schlussfolgerung: „Das kann man gar nicht messen und vergleichen“. Vielmehr geht es darum, die Bürger dabei zu unterstützen, die für sie entscheidende Leitfrage zu beantworten: „*Wo ist in meiner Pflegesituation die Wahrscheinlichkeit des Erhalts und der Förderung meiner individuellen Lebensqualität (und/oder der meines Angehörigen) am höchsten?*“ Die Antwort auf diese Frage wäre dann keine Note oder ein bestimmter Indexwert, sondern die nach der je eigenen Gewichtung vorgenommene Bewertung der Informationen zu den relevanten Aspekten der Lebensqualität.

Mit Blick auf den erheblichen Einschnitt in persönliche und existenzielle Lebensumstände durch die Inanspruchnahme eines stationären Angebots wurde im vorliegenden Reformkonzept insbesondere der Kontext „stationäre Pflegeeinrichtung“ betrachtet. Selbstverständlich gilt der Anspruch an eine lebensqualitätsbezogene Erbringung von Pflege- und Betreuungsdienstleistungen auch im ambulanten und teilstationären Bereich. Neben vergleichbaren Elementen, wie bspw. der fachlichen Pflegequalität und der Freundlichkeit der Pflege- und Betreuungskräfte, kommen hier gegebenenfalls noch spezifische Parameter, z. B. Beratungs- und Schulungsqualität für pflegende Angehörige, Kommunikation mit Versorgungspartnern (bspw. Ärzten, Krankenhäusern und Pflegekassen), Pünktlichkeit und Zuverlässigkeit sowie Kontinuität der Pflege- und Bezugspersonen (Stichwort Bezugspflege), verstärkt als eigenständige Qualitätsparameter zum Tragen. Hinzu kommt, dass die häusliche Situation und ggf. ergänzende Versorgung und Betreuung durch Angehörige und Dritte nicht oder nicht vollständig im Einflussbereich des Pflegedienstleisters liegt.

Die Zitate in den nachfolgenden Kästen geben einen Einblick in die Qualitätsbewertung von Nutzern. Sie zeigen, dass strukturelle Probleme oder einzelne kritische Ereignisse (als unfreundlich empfundener Ton, kaltes Badezimmer etc.) die Lebensqualität dauerhaft oder situativ beeinflussen können. Eine systematische Erfassung und Auswertung dieses Erfahrungswissens würde Qualitätsunterschiede verdeutlichen und wichtige, anbieter- und angebotsübergreifende Anregungen für die Qualitätsentwicklung und -prüfung geben (Vaarama, Pieper und Sixsmith 2008: 20 ff.;

Department of Health and Human Services 1995). Die hier angeführten sowie die weiteren Ergebnisse der dieses Reformkonzept begleitenden Erhebung zeigen zudem, dass eine Diskrepanz zwischen der Qualitätserwartung (*Welche Qualitätskriterien haben bei der Suche und Auswahl eine entscheidende Rolle gespielt?*) und Qualitätserfahrung (*Welche Qualitätskriterien werden nach Heimeinzug und Erfahrung der Dienstleistungs-/Pflegequalität als relevant eingestuft?*) vermutet werden kann. Dies bedeutet auch, dass in Beratungssituationen und über Informationsangebote ein möglichst realistisches Bild dessen, was gute Pflege leisten kann und sollte, gezeichnet und vermittelt werden sollte.

Beispielhafte Zitate zu besonders aufgefallenen positiven Qualitätsaspekten

- » *Offenkundig sehr bemüht, die Bewohner in den Mittelpunkt zu rücken; sehr freundliches Auftreten des Personals im Umgang mit den Bewohnern (respektvoll), Beschäftigungsangebote Vor- und Nachmittags, Aktive Motivation der Bewohner zur Teilnahme.* «
- » *Sauberkeit, Freundlichkeit der Mitarbeiter (bei einer Besichtigung, egal in welchem Heim, sind alle Mitarbeiter freundlich), überdurchschnittlich großes Einzelzimmer stand zur Verfügung zum Zeitpunkt meiner Besichtigung.* «
- » *Freundlichkeit und Fachlichkeit, Engagement, Personalbesetzung. Die PDL meldet von sich aus telefonisch Beobachtungen zurück.* «
- » *Sehr freundliches Personal, kompetente Pfleger, sofortige Integration und liebevolles Untereinander und Miteinander bei Personal und Bewohnern nach dem Motto „jeder hilft jeden“.* «
- » *Tiere, Garten, eigene Demenzabteilung, Respekt und Freundlichkeit, Ordnung.* «
- » *Positive Atmosphäre bei Besichtigungstermin, kein Uringeruch, angenehme Farben im Flur, kein Krankenhausgefühl.* «

Quelle: Folgebefragung der Weissen Liste 2016.

Beispielhafte Zitate zu besonders aufgefallenen negativen Qualitätsaspekten

- » Hohe Fluktuation des Personals durch alle Ebenen (von Leitung über sozialer Dienst bis zu den Fach- und Hilfskräften in der Pflege), Personalmangel, – Häufig nur eine Pflegehelferin für den Wohnbereich anwesend, Personal nicht ansprechbar. «
- » Keine transparente Abrechnung. Immer wieder Unklarheiten und Erhöhungen bei der Abrechnung. Die Demenzbetreuung könnte noch ausgebaut werden, dort fehlt es an Personal und Möglichkeiten, Interne Kommunikation von Dienstschicht zu Dienstschicht, von angeglieder-tem Arzt zu Pflegepersonal, von Verwaltung zu ausführendem Personal funktioniert nicht ... «
- » Keine akkurate, ausreichende Dokumentation der Pflege, Transparenz. Deshalb Zeiten nicht nachvollziehbar. Zu viele verschiedene Pflegekräfte. «
- » Starke Vernachlässigung in der Pflege, tw. gesundheitsgefährdend, kalte Zimmer und Badezimmer, zu wenig Essen, unfreundlicher despektierlicher Ton. «
- » Personalmangel, Zeitmangel, räumliche Enge, Medikamentengabe, fehlende Absprache, fehlende Begleitung bei Arztbesuchen. «
- » Keine Zeit für Demenzkranke, Ruhigstellung durch Neuroleptika, kein Einfühlungsvermögen vom Personal, Unfreundlichkeit den Angehörigen gegenüber, wenn sie so unbequem wie ich sind z.B. Fast täglich da sind. «

Quelle: Folgebefragung der Weissen Liste 2016.

Beispielhafte Zitate zu neuen/geändertem Verhalten bei erneuter Suche und Auswahl

- » Würde mich intensiver über Pflege- Personalbestand und Betreuungsangebote informieren. «
- » Ja. Ich würde mit Angehörigen der Bewohner sprechen. Den Betreuungsverein befragen. Pflegepersonal befragen nach Zeit für Zuwendung. «

» mehr Erkundigungen einholen oder eine Probe- pflege wünschen. «

» Ich habe nach wie vor keine Ahnung, wie man vorab hinter die Fassade sehen kann und objektive Informationen gibt es nicht. «

» Ja. Ich würde mir mehr Angebote von verschiedenen Pflegeeinrichtungen einholen. Umfragen von anderen Angehörigen einholen. «

» Internetsuche mit Bewertungen von Nutzern «

Quelle: Folgebefragung der Weissen Liste 2016.

4.2 Gesundheitsbezogene Pflegequalität

Die gesundheitsbezogene Ergebnisqualität, d. h. die Qualität bezogen auf die Pflgetätigkeit (etwa Vermeidung von Dekubitus oder Stürzen, Förderung der Mobilität, sach- und regelgerechter Umgang mit Medikamenten und freiheitsbeschränkenden Maßnahmen) ist aus Sicht des vorliegenden Konzepts ein entscheidender Parameter im Sinne einer „allgemeinen pflegerischen Problemlösungskompetenz“. Sie ist selbst dann als relevanter Indikator einzustufen, wenn die entsprechende Pflegesituation (noch) nicht eingetroffen ist. Die Frage, wie die gesundheitsbezogene Pflegequalität anhand dafür geeigneter Outcome-Indikatoren gemessen werden kann, obliegt der Pflegewissenschaft und wird daher im Kontext dieser Reformvorschläge nicht näher diskutiert. Wir beschränken uns darauf, Lösungen zur *Darstellung* von Qualitätsangaben zu entwickeln und vorzuschlagen (vgl. Kapitel 8.4).

Forschungsarbeiten zur gesundheitsbezogenen Pflegequalität liegen vor (Wingenfeld et al. 2011). Der gesetzliche Auftrag an den Qualitätsausschuss sieht gemäß § 113b Abs. 4 Nr. 1 SGB XI vor, „Instrumente für die Prüfung der Qualität der Leistungen, die von den stationären Pflegeeinrichtungen erbracht werden, und für die Qualitätsberichterstattung in der stationären Pflege zu entwickeln, wobei insbesondere die 2011 vorgelegten Ergebnisse des vom Bundesministerium für Gesundheit und vom Bundesministerium

für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderten Projektes ‚Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe‘ und die Ergebnisse der dazu durchgeführten Umsetzungsprojekte einzubeziehen sind.“ Die zitierte Studie empfahl bereits im März 2011 15 gesundheitsbezogene, für eine vergleichende Darstellung geeignete Indikatoren.

Darüber hinaus wurden Indikatoren identifiziert, die zwar für eine vergleichende Darstellung nicht vorbehaltlos empfohlen werden konnten, die jedoch „im Rahmen des internen Qualitätsmanagements wichtige Hinweise auf mögliche Qualitätsprobleme liefern oder im Zeitverlauf die Wirksamkeit von Veränderungen auf der Struktur- und Prozessebene verdeutlichen“ (ebd. 227).

Ein wirksames internes Qualitätsmanagement ist darauf angewiesen, Anhaltspunkte (etwa über quantitative Benchmarks und Best-Practice-Analysen) für die eigene Qualität zu erhalten, sofern objektive und offensichtliche Maßstäbe für gute Qualität nicht vorliegen. Deshalb sollte in Betracht gezogen werden, auch diejenigen Kriterien, die sich nach heutigem Kenntnisstand als nicht belastbar genug für eine vergleichende öffentliche Qualitätsbewertung herausstellen, allerdings das Potenzial haben, sich im Zuge der weiteren Forschung als belastbar für die lebensqualitätsbezogenen Qualitätsbewertungen zu erweisen, verpflichtend zum Zweck des – anonymisierten – Qualitätsbenchmarks zu erheben und den Pflegeanbietern und der Forschung zur Verfügung zu stellen (vgl. Kapitel 8.6.2). Hierbei ist allerdings der Aufwand zur Erhebung mit dem potenziellen Qualitätsgewinn über alle Einrichtungen hinweg abzuwägen. Denkbar ist dabei auch, Indikatoren nur für einen gewissen Zeitraum zu erheben, um eine weitere Fundierung zu ermöglichen (vgl. Kapitel 8.6).

4.3 Personalbezogene Kennzahlen

4.3.1 Relevanz im Kontext des Public Reporting

Ausgangspunkt für die vorliegenden Reformvorschläge zur Erhebung von personalbezogenen Kennzahlen sind folgende Thesen:

- In einer personenbezogenen Dienstleistung wie der Pflege kommt dem Personal eine für die Lebensqualität entscheidende Funktion zu. Quantität und Qualität der Personalausstattung sind wesentliche Bestimmungsfaktoren für Unterschiede zwischen Anbietern hinsichtlich der im Rahmen der Versorgung erzielbaren und erzielten Lebensqualität der Pflegebedürftigen. Das gilt im besonderen Maße für den Aspekt der gesundheitsbezogenen Ergebnisqualität.
- In der Praxis unterscheidet sich der tatsächliche Personaleinsatz am Pflegebedürftigen zwischen den Anbietern. Es kommt zudem zu Unter- und Überschreitungen der zwischen den Vertragsparteien vereinbarten (Mindest-)Standards beim Personaleinsatz (Personalschlüssel und Fachkraftquote).

Internationale Studien zeigen einen positiven Zusammenhang zwischen der Fachkraftquote und der Pflegequalität. Skill-Mix und Personalausstattung gelten insgesamt als qualitätsentscheidende und gegenseitig nicht kompensierbare Faktoren (Greß und Stegmüller 2016: 23). So konstatieren auch die Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) in den USA als Teil des U.S. Department of Health & Human Services einen Zusammenhang von Personalausstattung und Outcome und stellen fest, dass es quantifizierbare Personalschlüssel gibt, bei deren Unterschreiten die Gefahr von Qualitätsmängeln für die Bewohner steigt.²

Eine angemessene und bedarfsgerechte Personalausstattung ergibt sich in einer Pflegeeinrichtung dann, wenn bezogen auf den zu erwartenden Pflegebedarf (*Case-Mix*) und unter Beachtung der pflegfachlichen Anforderungen zu jedem Zeitpunkt Mitarbeiter in ausreichender Zahl und Qualifikation (*Care-Mix*) anwesend sind.

Instrumente zur Bedarfsabklärung, wie das Resident Assessment Instrument (RAI), die Definition von Pflegeaufwandsgruppen („Resource Utilization Groups“, RUG) und diesbezügliche Werte für einen mittleren zeitlichen Pflegeaufwand, sind bereits seit vielen Jahren bekannt und u. a. in den USA und der Schweiz im Einsatz. Diese Systeme ermöglichen einen systematischen Vergleich zwischen dem zeitlichen/personellen

² "There is considerable evidence of a relationship between nursing home staffing levels and resident outcomes. The CMS Staffing Study found a clear association between nurse staffing ratios and nursing home quality of care, identifying specific ratios of staff to residents below which residents are at substantially higher risk of quality problems" (Kramer und Fish, 2001), zitiert nach (Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS): 6, online unter www.cms.gov/Medicare/Provider-Enrollment-and-Certification/CertificationandCompliance/FSQRS.html (Download 6.3.2017).

Bedarf und der zeitlichen/personellen Istausrüstung (vgl. Anliker 2007). Vergleichbare Systeme liegen in Deutschland gegenwärtig nicht vor.

Maßgaben zum Personaleinsatz ergeben sich gegenwärtig in der Regel aus Landes(heim)personalverordnungen und Landesrahmenvereinbarungen nach §§ 75 und 71 SGB XI. Diese sind allerdings nicht hinreichend konkretisiert. In keinem Bundesland existieren Verfahren zur Ermittlung des Pflegebedarfs bzw. zur Bemessung von Pflegezeiten; stattdessen werden regelmäßig landesweite Personalrichtwerte (z. T. als Bandbreite) herangezogen. Diese unterscheiden sich deutlich zwischen den Bundesländern (Greß und Stegmüller 2016: 26). In der Regel gilt zudem eine Fachkraftquote von 50 Prozent, sodass mindestens die Hälfte der Beschäftigten Fachkräfte sein müssen. Auch die Fachkraftquote ist weder empirisch noch pflegewissenschaftlich fundiert (ebd.: 27 f.).

Allein, dass sich die Personalschlüssel in deutschen Pflegeheimen von Bundesland zu Bundesland bislang so stark unterscheiden, dass bspw. ein Mitarbeiter in Mecklenburg-Vorpommern bis zu 45 Prozent mehr Bewohner versorgen muss als in Bayern, während die tatsächliche Auswirkung dieser Unterschiede auf die Qualität im Dunkeln liegt, ist ein irritierender Zustand. Das Beispiel beruht auf den bisherigen Pflegeschlüsseln nach Pflegestufen, die in Bayern für die Pflegestufe II bei 1:2,25 und in Mecklenburg-Vorpommern im Korridor von 1:2,52 bis 1:3,26 liegt.

Aus dieser Lage heraus entsteht für das Public Reporting die Aufgabe, Kennzahlen bereitzustellen, die Daten zur Personalausstattung (*Care-Mix*) und Bewohnerstruktur (*Case-Mix*) in Beziehung zu Wirkungsparametern (*Outcome*) setzen. Dieser datengetriebene Ansatz würde weitaus belastbarere Daten zur Ermittlung und Fundierung „angemessener“ Personalvorgaben liefern als Studien mit Stichprobencharakter. Auf dieser Grundlage könnten differenzierte Modelle des Personaleinsatzes und -qualifikationsmixes erarbeitet werden, um sinnvolle neue Wege im Spannungsfeld qualitativer Anforderungen und sinkenden Fachkräftepotenzials zu finden. Obendrein ließen sich Entwicklungen im Zeitverlauf sichtbar machen, was die Möglichkeit böte, arbeits-, sozial- und gesundheitspolitische Handlungsoptionen zu erkennen und deren Auswirkungen zeitnah zu prüfen.

Der Aufwand zur Erhebung hingegen wäre begrenzt,

denn personalbezogene Daten sind sowohl hinsichtlich der geplanten Ausstattung (Soll) als auch im Ist (Dienstplanung) standardmäßig zu dokumentierende Daten.

4.3.2 Operationalisierung für Verbraucher

Die vorliegende Nutzerbefragung zeigt, wie wichtig den Verbrauchern „ausreichend Zeit für Pflege“ ist – und wie wenig sich die Nutzer über diesen wichtigen Punkt informiert fühlen (vgl. 5.2.2). Zu gleichen Ergebnissen kam auch schon eine Befragung im Rahmen des Gesundheitsmonitors 2011: „Die aus Sicht der Bevölkerung wichtigsten Kriterien sind ein respektvoller Umgang, Freundlichkeit des Personals, ausreichend Zeit für die Pflege sowie die Qualifikation und die Anzahl der Pflegekräfte“ (Geraedts et al. 2011: 164).

Wenn wesentliche Bestimmungsfaktoren der Pflege- und Lebensqualität personalbezogen sind, dann ergeben sich aus Nutzersicht drei zentrale Leitfragen:

1. Ist zu jeder Zeit (im Tagesverlauf und saisonal) genügend Personal vorhanden/anwesend? (Quantität)
2. Ist das Personal für die Aufgaben ausreichend qualifiziert? (formale Qualifikation sowie ggf. sinnvolle/notwendige Fort- und Weiterbildungen)
3. Ist das Personal ausreichend motiviert und leistungsfähig? (Stimmung/Haltung/Motivation und Personalgesundheit)

Auch wenn die gegenwärtig vereinbarten bzw. in den Ländern vorgegebenen Pflegeschlüssel und Fachkraftquoten eher einer verhandlungspolitischen, finanzierungsbezogenen und sozialrechtlichen Logik folgen, als dass sie pflegfachlich im Sinne von qualitätsnotwendiger Zeit begründet wären, sind sie dennoch die derzeit einzigen rechtsverbindlichen Anhaltspunkte, um Sollwerte für den einrichtungsspezifischen Personaleinsatz zu ermitteln und zu veröffentlichen. Die Sollwerte sollten sich künftig auf fachlich fundierte Instrumente zur Personalbemessung stützen, wie sie derzeit gemäß § 113c SGB XI bis 2020 entwickelt werden sollen.

Die Verhandlungspraxis führt dabei vielfach zu identischen oder ähnlichen Sollpersonalschlüsseln. Allerdings sind Unterschiede zwischen Anbietern möglich. Ob es Unterschiede gibt und wie groß diese ausfallen, ist für die Pflegebedürftigen eine relevante Information.

Zudem zeigen Hinweise aus der Praxis, dass es trotz gleicher oder ähnlicher Pflegeschlüssel nicht nur län-

derübergreifend zu Abweichungen in der Personalausstattung und -qualifikation kommen kann, sondern die Erfüllung dieser Anforderungen auch von Anbieter zu Anbieter unterschiedlich gehandhabt wird. Anzahl und Allokation von Stellen „auf dem Papier“ können in der Praxis deutlich vom tatsächlichen Personaleinsatz „am Bewohner“ bzw. „beim Pflegebedürftigen“ abweichen.

Gründe für solche Abweichungen zwischen theoretischem bzw. vereinbartem Stellenschlüssel und tatsächlicher Besetzung können die Fluktuationsrate, die Schnelligkeit der Besetzung von Vakanzen oder die Krankheitsquote sein. Hinzu kommen ein genereller Fachkräftemangel oder akute Krankheitswellen. Schließlich wirken auch anbieterbezogene Eigenschaften und Prozesse, wie eine gute Personalpolitik, Programme zur Gesundheit am Arbeitsplatz, ein gutes Arbeitsklima, auf die Möglichkeit der Einhaltung der vereinbarten Personalrichtwerte ein. Obgleich nicht alle der genannten Faktoren durchgängig und jederzeit allein von den Anbietern kontrolliert werden können, bleibt der Anspruch der Bewohner und Kunden auf eine angemessene Versorgung zu jeder Zeit – eben auch bei angespannter Personalsituation oder Krankheitswellen – bestehen. Für die Pflegebedürftigen kommt es darauf an, wie viel Personal für die Versorgung und Betreuung tatsächlich im Einsatz ist, d. h. wie viel Zeit den Bewohnern und Kunden tatsächlich zur Verfügung steht.

Solche Istwerte lassen sich durch Prüfung der realen Dienst- und Belegungspläne über einen oder mehrere Prüfzeiträume darstellen, wie es in den USA geübte Praxis ist, aber auch in Deutschland die Heimaufsichten durchführen.

Sowohl Soll- als auch Istkennzahlen sollten nach Fachqualifikation (z. B. examinierte Pflegefachkraft, Pflegehilfskraft) und Einsatzgebiet (Pflege, Betreuung etc.) unterschieden werden. Sie sollten ausschließlich risiko- bzw. bedarfsadjustiert vergleichend veröffentlicht werden. Dafür sind weitere stichtags- und zeitraumbezogene Kenndaten notwendig, um den Personaleinsatz mit dem Personalbedarf gewichten zu können. Dazu gehören der Case-Mix nach Pflegegraden sowie ggf. weitere Faktoren, wie spezielle Bewohnergruppen (Wingenfeld et al. 2011), und die durchschnittliche Verweildauer, um Aufwände für Bewohner- bzw. Kundenwechsel zu berücksichtigen. Die Frage nach der Motivation, Zufriedenheit und Leistungsfähigkeit des Personals ließe sich (hilfsweise) über eine Mitarbeiterbefragung erheben und darstellen (vgl. Kapitel 8.5.3).

4.3.3 Hinweise/Zitate aus der Folgebefragung

Dass dem Pflege- und Betreuungspersonal eine qualitätsentscheidende Rolle zukommt, kann auch aus Kommentaren von Nutzern von Pflegeleistungen abgelesen werden. Hierbei wird ebenso deutlich, dass aus Nutzersicht verlässliche, verständliche und vergleichbare Informationen zur Personalausstattung und -qualifikation oftmals fehlen oder unzureichend zur Verfügung stehen (siehe Kasten).

Beispielhafte Zitate zur Anbieterwahl

Antworten auf die Fragestellung: „Stellen Sie sich vor, Sie würden in einer vergleichbaren (zukünftigen) Situation nochmal nach einem Pflegeanbieter suchen. Welche (Qualitäts-)Informationen sollten aus Ihrer Sicht unbedingt im Vorfeld einer Entscheidung zur Verfügung stehen?“ und „Gibt es noch etwas, was Sie uns zum Thema Pflegeanbietersuche und -auswahl mitteilen möchten?“

» Kann mit der vorhandenen Anzahl Mitarbeiter pro Schicht überhaupt die Pflegeleistung erbracht werden? Dazu müsste der Pflegezeitaufwand der einzelnen zu betreuenden Personen aufaddiert werden. Daraus ergibt sich dann der Personalbedarf. Leider gibt es niemanden, der eine solche Überprüfung durchführt. «

» Mir lagen durch das Vorgespräch im Pflegeheim zahlreiche Informationen vor, die sich im Nachhinein als unrichtig erwiesen. Gerade was den theoretischen Personaleinsatz und das in der Realität tatsächlich vorhandene Personal angeht. Damit steht und fällt aber die Qualität der Pflege. Für mich ist also nicht die Art der Information ausschlaggebend, sondern der Wahrheitsgehalt und die Absicherung, dass genannte Standards auch in Zukunft gehalten werden können. «

» Es wird m. E. dringend eine neutrale Instanz benötigt, die die Vorzüge einer Einrichtung und deren Personalausstattung und Qualität glaubhaft darlegt. Ich wünsche mir eine objektive Meinung dazu, ob für die Bewohner genügend Zeit aufgewendet wird. «

Quelle: Folgebefragung der Weissen Liste 2016.

5. Herleitung der Nutzeranforderungen

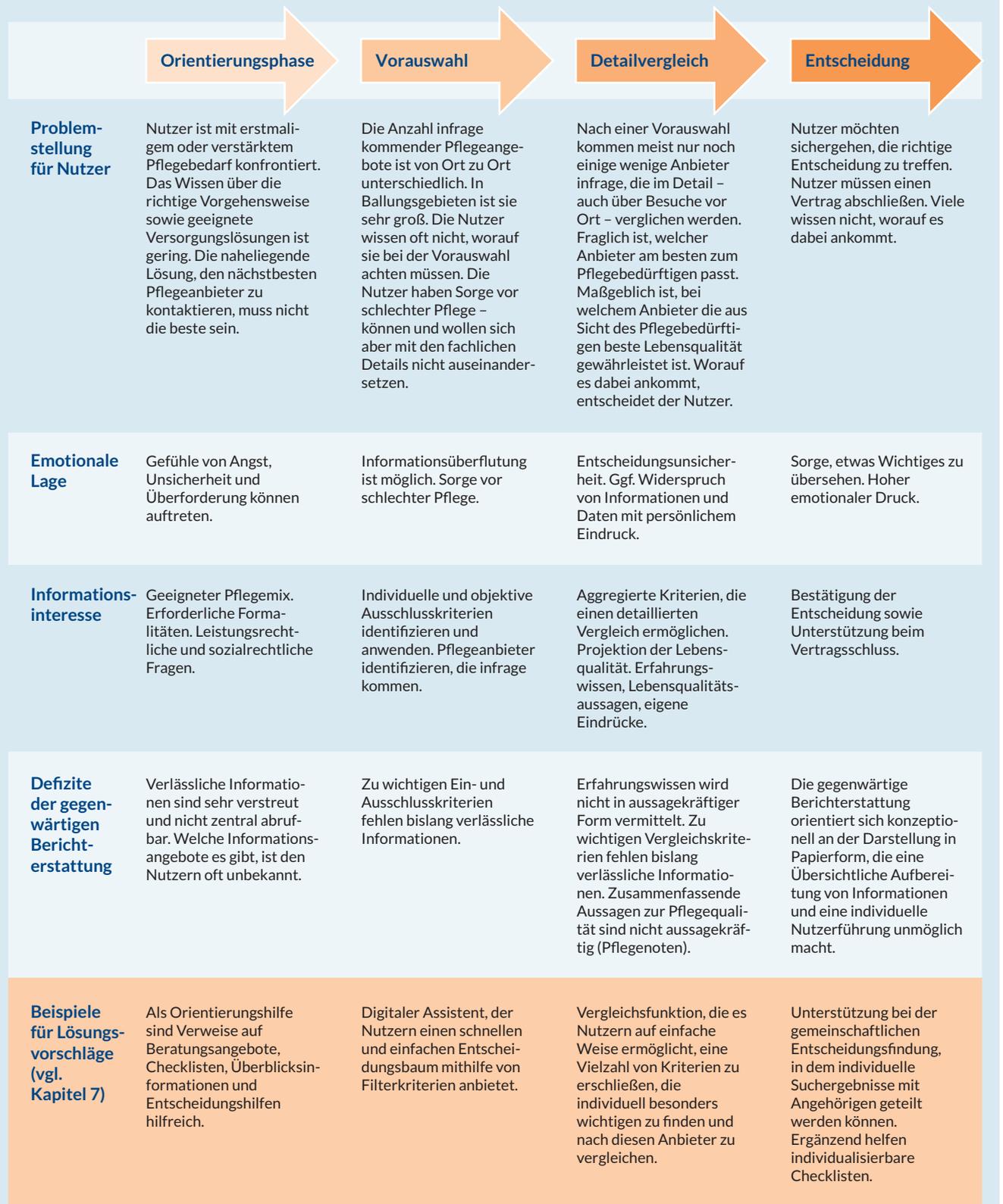
5.1 Nutzerprobleme im Suchprozess (Betrachtung der „user journey“)

Die Nutzeranforderungen, auf denen unsere Reformvorschläge basieren, wurden mit zwei Methoden erfasst. Einerseits durch eine Nutzerbefragung der Weissen Liste, andererseits durch eine „Touchpoint-Analyse“, einer Methodik aus dem Marketing, bei der der Such- und Auswahlprozess eines Verbrauchers („user journey“) skizziert und auf Probleme für den Nutzer hin untersucht wird. Touchpoints sind in unserem Fall alle Berührungspunkte mit denkbaren Informationsquellen, insbesondere mit der gegenwärtigen (Qualitäts-)Berichterstattung über Pflegeanbieter im Internet. Für die gesammelten Probleme („pain points“) wurden Lösungsansätze entwickelt, die in die

Prototypen und Reformvorschläge eingeflossen sind. Der Suchprozess wurde vollumfänglich, d. h. startend mit dem Zeitpunkt, an dem der Eintritt der Pflegebedürftigkeit oder eine Verschlechterung des Zustands des Pflegebedürftigen festgestellt oder bewusst wird, bis hin zur Vertragsunterzeichnung mit einem Anbieter bzw. einer Bewertung des Anbieters betrachtet.

Das Such- und Auswahlverhalten des Nutzers wurde in vier Phasen gegliedert (vgl. Abbildung 5). In diesen Phasen hat der Nutzer unterschiedliche Informationsbedürfnisse, die er durch verschiedene Informationsquellen und Handlungen zu befriedigen sucht. Die öffentliche Qualitätsberichterstattung – insbesondere durch ein Internetangebot – sollte in jeder Phase unterstützend wirken und die jeweils nachgefragten Informationen anbieten.

ABBILDUNG 5 Suchprozess der Nutzer



Quelle: Eigene Darstellung.

5.2 Nutzerbefragung

5.2.1 Methodik

Um herauszufinden, welche Nutzergruppen es gibt, wie diese ihre Suche gestalten und welches Informationsinteresse sie verfolgen, hat die Weisse Liste eine Nutzerbefragung von Besuchern der Online-suchportale zu Pflegeanbietern auf www.weisse-liste.de durchgeführt. Gefragt wurde dabei insbesondere nach der Wichtigkeit von Auswahlkriterien für Pflegeanbieter sowie nach dem Grad der empfundenen Informiertheit über dieselben Kriterien.

Die Befragung wurde als zweistufige Untersuchung mit einer Erstbefragung im Zeitraum von April bis Juni 2016 sowie einer Folgebefragung im August 2016 durchgeführt. Bei der Erstbefragung wurden insgesamt 1.081 Fragebögen ausgefüllt. Von diesen Nutzern hinterließen 507 eine E-Mail-Adresse zur Kontaktaufnahme für eine Folgebefragung. An der Folgebefragung nahmen 235 Personen teil. Dadurch konnten mögliche Änderungen der Meinungen und Einschätzungen der Befragten zwischen einem konkreten Suchanlass und einem späteren Zeitpunkt, an dem der Nutzer weitere persönliche Erfahrungen im Suchprozess sammeln oder womöglich bereits Erfahrungen mit einem Anbieter machen konnte, herausgefunden werden.

Ziel der Erhebung war es zum einen, die zuvor aus der Fachliteratur (Geraedts et al. 2011), aus Expertengesprächen und den Erfahrungen der Weissen Liste abgeleiteten Auswahlkriterien auf deren Praxisrelevanz hin abzufragen sowie Erkenntnisse für die Priorisierung der Kriterien bei der Darstellung in einem Informationsangebot zu gewinnen. Gleichzeitig wurden über offene Fragenstellungen Hinweise auf zusätzliche Auswahlkriterien gewonnen. Sie sollten – auch mit Blick auf erlebte positive und negative kritische Ereignisse – Hinweise darauf geben, warum und wie eine Entscheidung getroffen wurde und wie diese ex post eingeschätzt wird. Beispielhaft steht hierfür die Fragestellung: „Was ist Ihnen bei der Suche und Auswahl nach einem Pflegeanbieter wichtig und wie fühlen Sie sich bislang darüber informiert?“

Die Auswertung der Fragen erfolgte mittels deskriptiver Statistik, die offenen Fragen wurden in einem zweistufigen Verfahren kategorisiert. Freitextantworten wurden soweit möglich codiert, vorhandenen

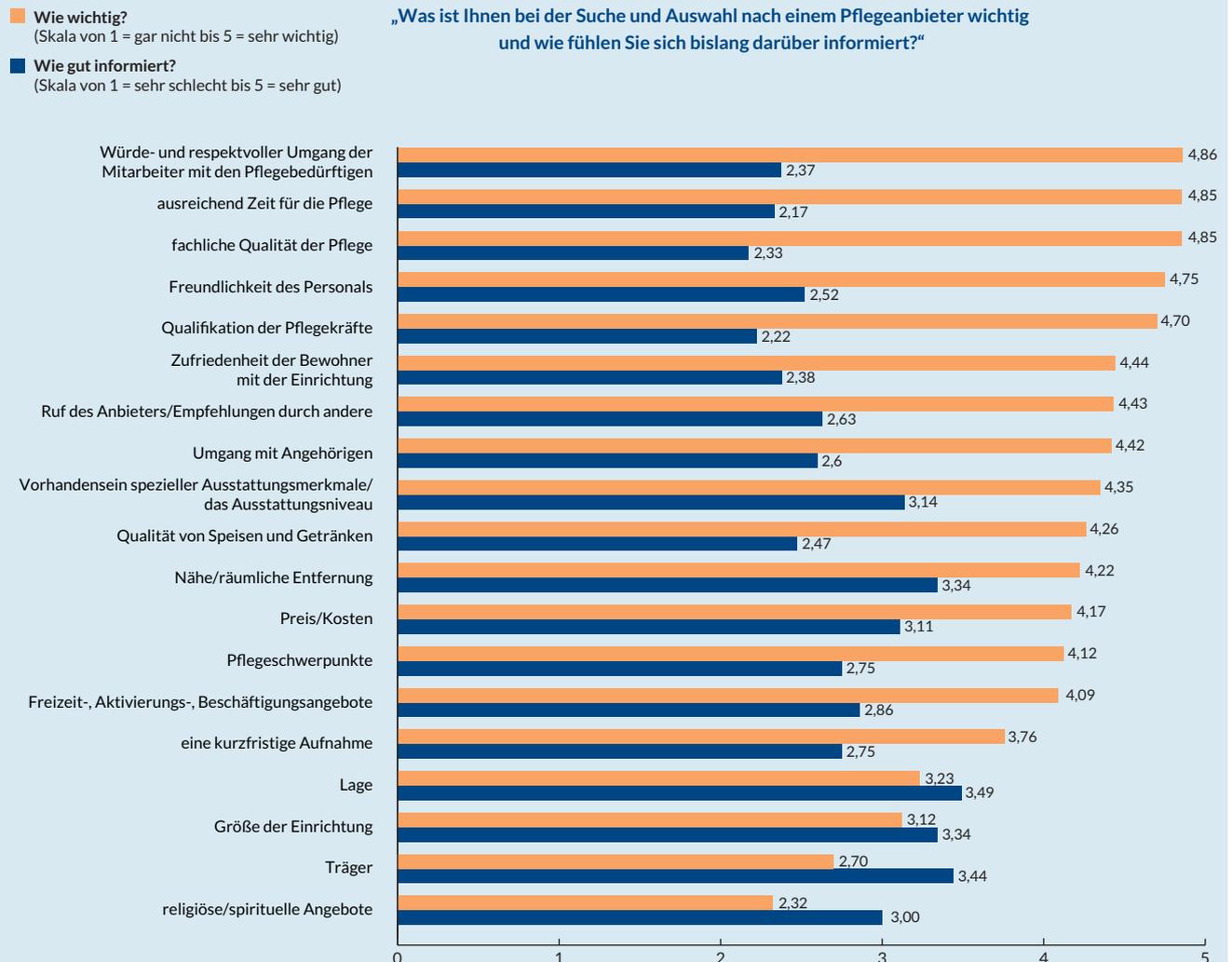
Kategorien zugeordnet oder zu neuen Kategorien gebündelt.

5.2.2 Informationsinteresse der Nutzer

Die wesentlichen Ergebnisse der Befragung lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Das derzeitige Informationsangebot passt nicht zum Informationsinteresse der Nutzer (Abbildung 6). Es zeigt sich die Tendenz *Je wichtiger den Nutzern ein Auswahlkriterium ist, umso weniger gut fühlen sich darüber informiert*. Ein künftiges Informationsangebot muss daher die bestehenden Informationslücken aufgreifen und füllen.
- Den Nutzern sind personalbezogene Kriterien extrem wichtig, das umfasst die Aspekte „Würde- und respektvoller Umgang“, „Ausreichend Zeit für die Pflege“, „Freundlichkeit des Personals“ und „Qualifikation der Pflegekräfte“. Personalbezogene Kriterien sollten daher künftig veröffentlicht werden.
- Besonders wichtig ist auch die „fachliche Qualität der Pflege“. Im Kontext vorangegangener Befragungen (Geraedts et al. 2011) lässt dies darauf schließen, dass Nutzern zusammenfassende Qualitätsaussagen wichtig sind, während fachliche Details zur Pflegequalität als weniger wichtig gewertet werden.
- Das Erfahrungswissen anderer, im Sinne von „Zufriedenheit der Bewohner“, „Empfehlung anderer“ und „Ruf der Einrichtung“, ist den Nutzern ebenfalls wichtig. Dem Erfahrungswissen anderer schenken sie dabei mehr Vertrauen als einer behördlichen/staatlichen Prüfung (Abbildung 10).
- Parallel dazu gibt es eine Vielzahl von weiteren Aspekten, die im Durchschnitt über alle Befragten als wichtige Auswahlkriterien genannt werden. Ein Informationsangebot muss daher eine breite Palette an Informationen bereithalten, um die unterschiedlichen Nutzererwartungen zu erfüllen.
- Die Einschätzung der Teilnehmer der Erstbefragung unterscheidet sich nicht wesentlich von der Einschätzung der „erfahrenen“ Nutzer (Folgebefragung).

ABBILDUNG 6 Nutzerbefragung: Informationsbedarf passt nicht zum Informationsangebot



Quelle: Eigene Darstellung.

WEISSE
LISTE

| BertelsmannStiftung

5.2.3 Situation der Nutzer und Suchverhalten

Die wesentlichen Ergebnisse der Befragung lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Rund 73 Prozent der Nutzer suchen einen Pflegeanbieter für einen Angehörigen, rund 14 Prozent für sich selbst. Hauptzielgruppe eines Informationsangebots sind daher die Angehörigen von Pflegebedürftigen.
- Rund 45 Prozent der Nutzer suchen vorausschauend, ohne Handlungsdruck, rund 32 Prozent auf-

grund einer aktuellen Pflege-/Notsituation, 15 Prozent, weil sie den aktuellen Pflegeanbieter wechseln möchten. Insbesondere der Nutzergruppe der vorausschauend Suchenden sollten in einem Informationsangebot Beratung und begleitende Informationen zur Ausgestaltung eines passenden Pflegemixes angeboten werden (Abbildung 8).

- Der Suchprozess läuft nicht linear ab, sondern iterativ. So haben bspw. über 55 Prozent der Nutzer des Suchportals der Weissen Liste sich schon einen Anbieter vor Ort angeschaut (Abbildung 7). Rund 50 Prozent nutzten das Angebot der Weissen Liste wie-

derholt und rund 70 Prozent haben bereits anderorts im Internet recherchiert (Abbildung 9). Ein Informationsangebot sollte dies berücksichtigen, indem unterschiedlich stark detaillierte Informationsebenen angeboten werden, die es ermöglichen, Detailsindrücke vor Ort mit dem Informationsangebot des Public Reporting abzugleichen.

- Für die Befragten (Nutzer der Weissen Liste) ist das Internet die am häufigsten genutzte Informati-

onsquelle. Rund 70 Prozent haben sich bereits im Internet informiert, danach folgen „Empfehlungen von Freunden und Bekannten“, die von rund 60 Prozent genutzt wurden. Verhältnismäßig seltener werden Experten wie Beratungsstellen, Krankenhäuser oder Ärzte als Informationsquelle genutzt mit Nutzungsraten von 35 Prozent und weniger (Abbildung 9). Das Public Reporting sollte daher konzeptionell vorrangig auf ein internetgestütztes Informationsangebot abzielen.

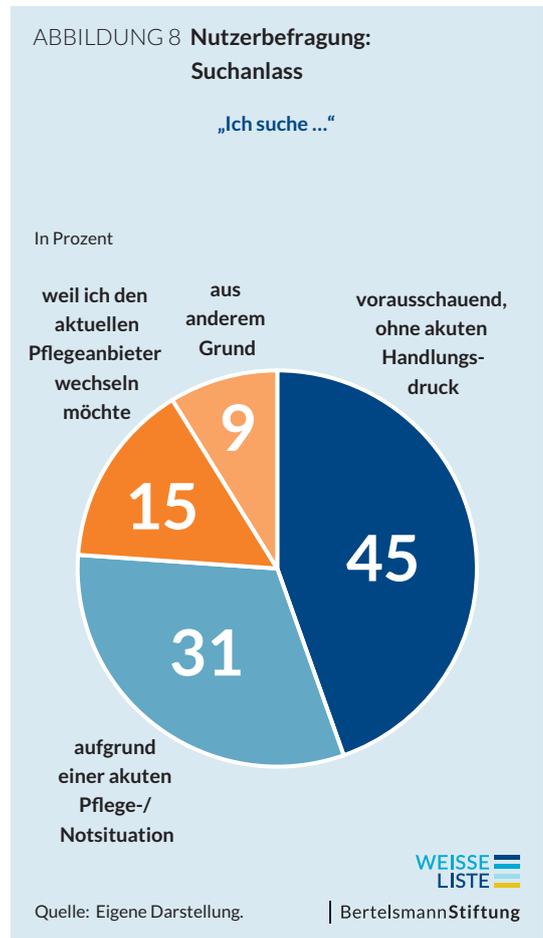
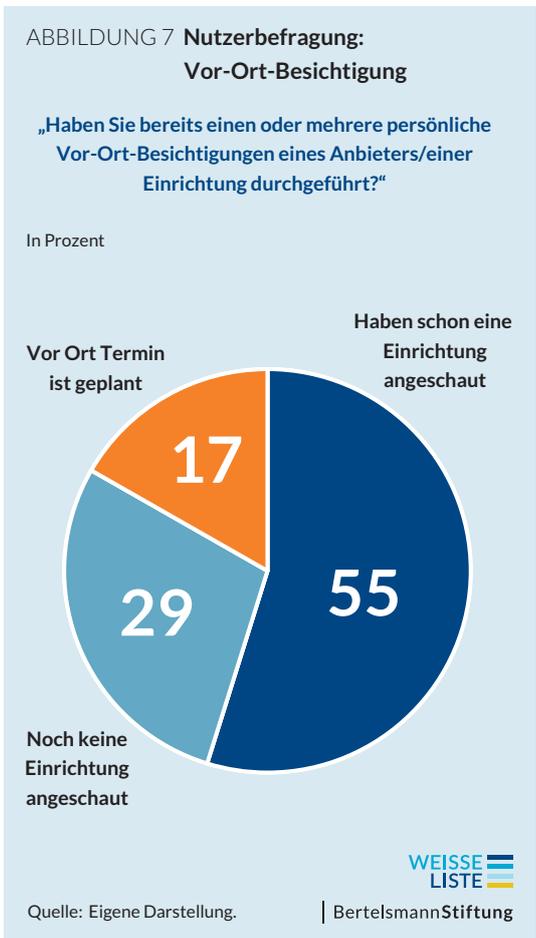
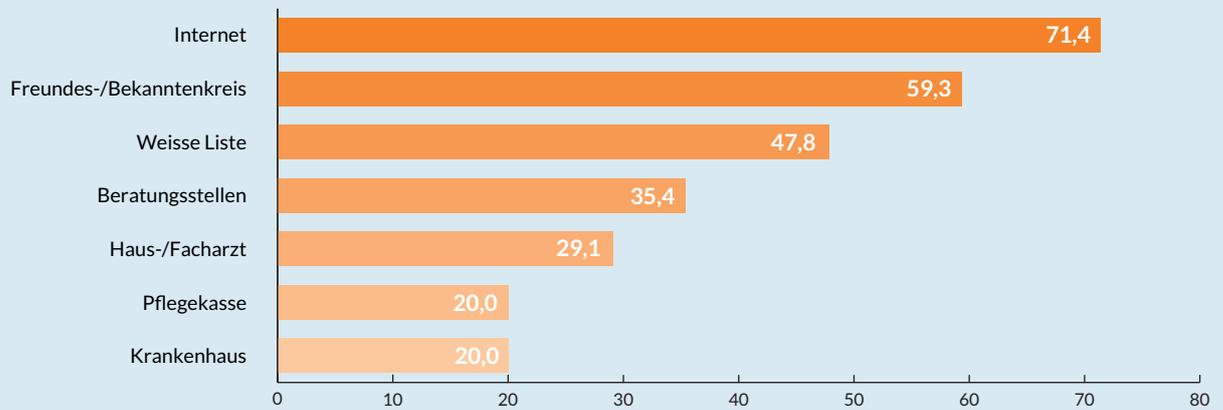


ABBILDUNG 9 Nutzerbefragung: Informationsquellen

In Prozent

„Wo haben Sie bislang nach Informationen gesucht?“



Quelle: Eigene Darstellung.

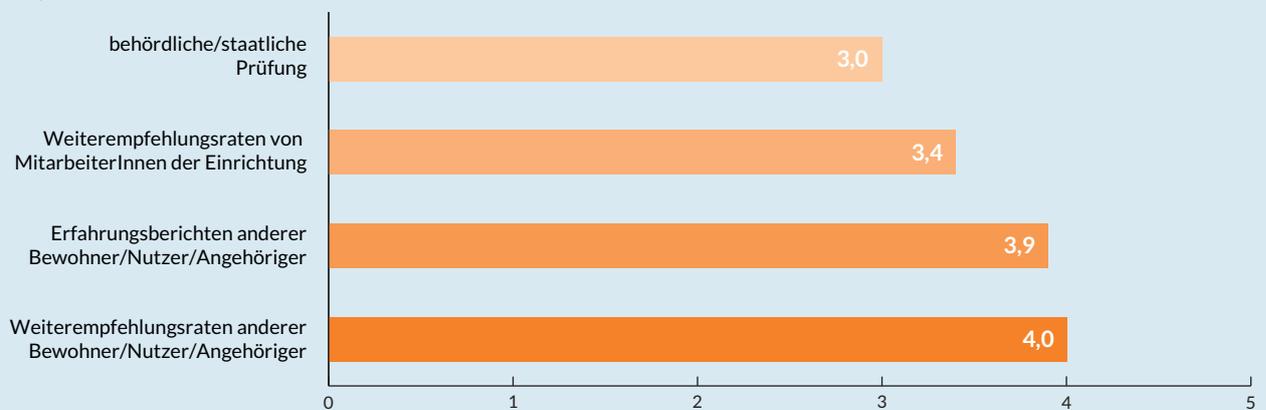
WEISSE LISTE | BertelsmannStiftung

ABBILDUNG 10 Nutzerbefragung: Vertrauenswürdigkeit von Informationsquellen

Skala

(von 1 = „gar nicht“ bis 5 = „sehr stark“)

„Welchen Informationsquellen würden Sie bei der Suche und Auswahl eines Anbieters vertrauen?“



Quelle: Eigene Darstellung.

WEISSE LISTE | BertelsmannStiftung

6. Herleitung lebensqualitätsbezogener Kriterien und Qualitätsmerkmale

Um die hinsichtlich der Lebensqualität (auswahl-)relevanten Qualitätsmerkmale und Kriterien zu identifizieren, wurde eine Literaturrecherche durchgeführt. Ziel war es, schon vorhandene und (womöglich) wissenschaftlich evaluierte Indikatoren oder Kriterien zu identifizieren, eine Einschätzung zu Qualität und Dimensionen der Indikatoren zu gewinnen und für Nutzer relevante Qualitätsbereiche aufzudecken, zu denen bislang noch keine Indikatoren verfügbar sind („weiße Flecken“).

Die Herleitung erfolgte in folgenden Schritten:

- systematische Sichtung vorhandener Literatur
- Bewertung der Literatur im Hinblick auf Relevanz und Aussagekraft für die Qualitätsdarstellung
- Gruppierung und Verdichtung der recherchierten Indikatoren- bzw. Kriterien zu Qualitätsdimensionen
- Vorauswahl geeigneter Indikatoren, Kriterien und Merkmale, die zur Erhebung vorgeschlagen werden, unter Berücksichtigung der Messbarkeit, Überprüfbarkeit und Relevanz für Nutzer
- Prüfung, weitere Anpassung und sofern möglich Präzisierung der Indikatoren, Kriterien und Merkmale auf Grundlage von Expertenmeinungen und der qualitativen Befragungsergebnisse (Freitextangaben)

Im Rahmen der Sichtung der Literatur wurde nach Arbeiten gesucht, welche die Entwicklung von Instrumenten zur Erfassung von Lebensqualität im Pflegekontext beinhalten. Da nur ein Instrument detektiert werden konnte, welches speziell die Lebensqualität von Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf fokussiert (Adult Social Care Toolkit, ASCOT), wurde die Übersicht um Arbeiten ergänzt, die die Lebensqualität speziell älterer Menschen erfassen (World Health Organization Quality of Life, WHQOL-OLD, ICEpop CAPability measure for Older people (ICECAP-O), sowie die Studie des Instituts für Empirische Sozialforschung, IFES). Eine Ausnahme bildet das von der EuroQol Group entwickelte Instrument der präferenzbasierten Lebensqualitätsmessung EQ-5D, das nicht speziell ältere Menschen in den Fokus nimmt, in der Verwendung im Kontext häuslicher Pflege aber bereits vielfache Anwendung gefunden hat. Aufgeführt werden die formulierten Dimensionen von Lebensqualität (im jeweiligen Kontext) sowie bereits die dazu gebildeten Indikatoren zur Operationalisierung bzw. zur Messung.

Tabelle 2 zeigt eine Übersicht der berücksichtigten Arbeiten und Kriterien.

TABELLE 2 Einbezogene Quellen zur Herleitung lebensbezogener Kriterien und Qualitätsmerkmale

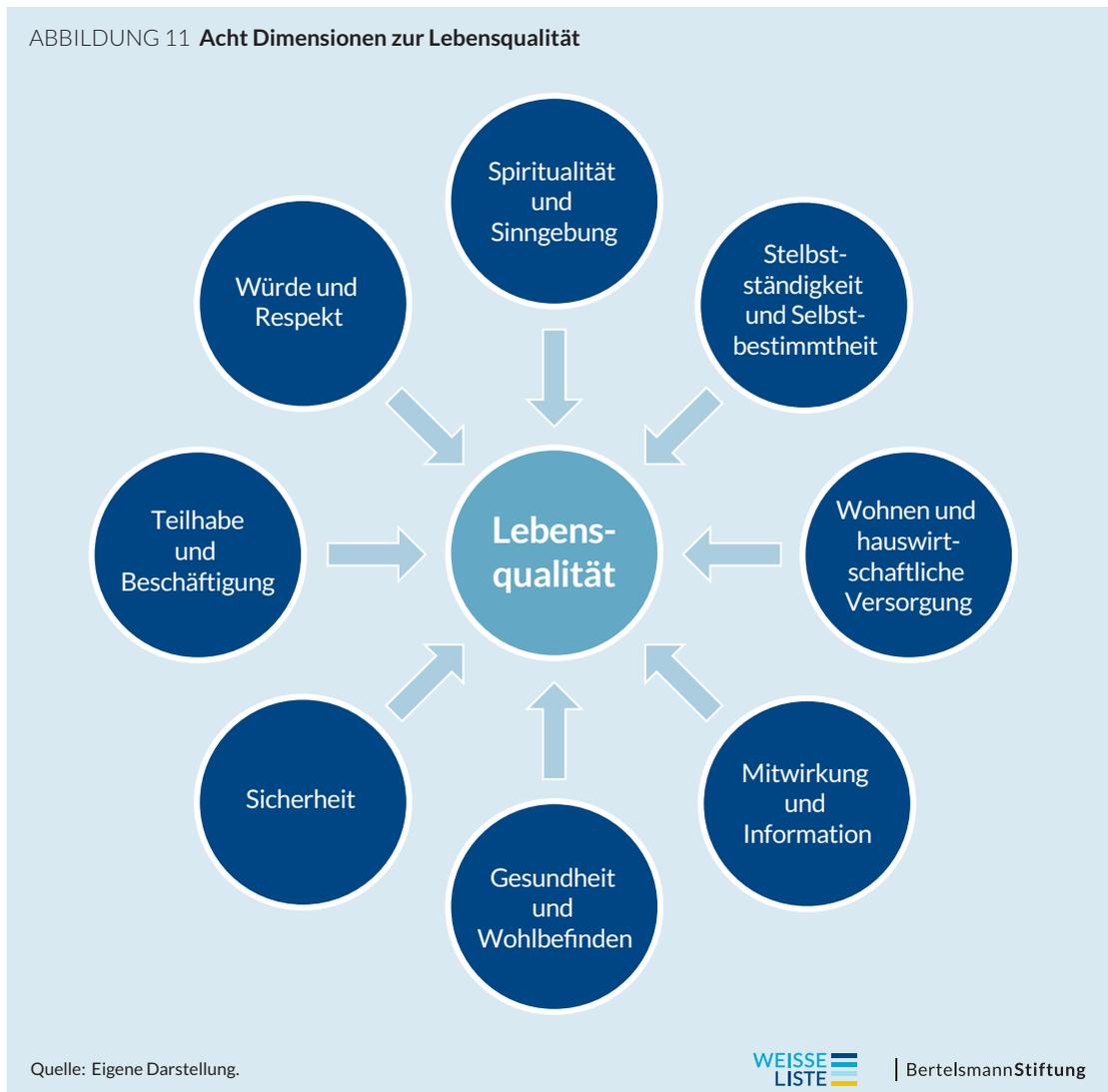
QUELLE / INSTRUMENT	BESCHREIBUNG	REFERENZ
Das Heidelberger Instrument zur Erfassung von Lebensqualität bei Demenz (H.I.L.DE.)	Forschungsprojekt der Universität Heidelberg zur Entwicklung und Erprobung eines Instruments zur Messung von Lebensqualität bei demenzkranken Heimbewohnern.	Becker et al. 2005); Becker, Kaspar und Kruse 2006
Instrumente zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe	Forschungsprojekt der Universität Bielefeld im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit zur Entwicklung von Kriterien, Methoden und Instrumenten zur Erfassung von Ergebnisqualität in der Pflege.	Wingefeld et al. 2011
„Grüner Haken“	Qualitätssiegel der Heimverzeichnis gGmbH mit Kriterien zur Verbraucherfreundlichkeit und Lebensqualität für stationäre Einrichtungen.	Heimverzeichnis gGmbH 2017; www.grüner-haken.org
Entwicklung eines Instruments zur praxisnahen Erfassung von Lebensqualität im stationären Kontext (INSEL)	Forschungsprojekt der Goethe-Universität Frankfurt am Main, gefördert von der Paul Wilhelm von Kepler-Stiftung zur Ermittlung von subjektiven individuellen Bedürfnissen der Bewohner in unterschiedlichen Lebensqualitäts-Dimensionen aus den Perspektiven der betreuten Person sowie des Betreuungspersonals.	Oswald et al. 2014
Lebenswelt Pflegeheim – Konzeptualisierung, Messung und Analyse von Lebensqualität in der stationären Pflege (QUISTA)	Forschungsprojekt an der Charité Berlin, gefördert vom Paritätischen Wohlfahrtsverband Berlin zur Entwicklung und Testung eines Befragungsinstruments zur Messung von Lebensqualität in der stationären Pflege. Lebensqualität wird dabei aus subjektiver Perspektive als Übereinstimmung eigener Ansprüche mit der Erfüllung dieser Ansprüche innerhalb individuell bestimmter Lebensbereiche erfasst.	Meyer und Schenk 2009; Schenk et al. 2013
Handbuch „Verbesserung messen. Ergebnisorientierte Qualitätsindikatoren für Alten- und Pflegeheime	Handbuch aus dem EU-Projekt „Progress: Quality Management by Result-oriented Indicators – Towards Benchmarking in Residential Care for Older People“.	Hoffmann et al. 2010
Prüfkriterien der geltenden Transparenzvereinbarung	Aspekte der Qualitätsprüfung nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI für stationäre Pflegeeinrichtungen	MDS 2017
Entwicklung und Überprüfung von Instrumenten zur Messung von Lebensqualität in der stationären Pflege	Forschungsprojekt der University of Minnesota School of Public Health im Auftrag des Center for Medicare and Medicaid Services (CMS)	Kane et al. 2003
Expertenbasierte Pflegeheim-Checkliste der Weissen Liste	Checkliste zur Auswahl und Einschätzung stationärer Pflegeeinrichtungen. Entwickelt unter Einbeziehung von Pflegeexperten und Patientenvertretern.	Weisse Liste 2017

Quelle: Eigene Darstellung.

Die in den Bereichen aufgeführten Kriterien weisen teils stark variierende Detailtiefen auf: So geben Wingenfeld et al. (2011) zu ihren gebildeten Qualitätsbereichen konkret messbare Indikatoren an, während bspw. im INSEL-Projekt lediglich Dimensionen von Lebensqualität formuliert werden, die in ihrer individuellen Bedeutung für den Bewohner über qualitative Verfahren erfasst werden. Dennoch wurden sie berücksichtigt, um die Relevanz einzelner Qualitätsbereiche und -aspekte identifizieren zu können. Auf eine Einteilung in Ergebnis-, Prozess- und Strukturqualität wurde bewusst verzichtet.

Die zusammengetragenen Kriterien, Merkmale und Indikatoren wurden thematisch geclustert. Dabei wurden acht Qualitätsdimensionen gebildet (Abbildung 11).

Die vollständige Liste der zur Erhebung empfohlenen Indikatoren, Auswahlkriterien bzw. Anbietermerkmale mit ihren Erhebungsinstrumenten bzw. Informationsquellen findet sich im Anhang.



7. Anforderungen und Lösungsvorschläge für ein idealtypisches Informationsangebot (Prototyp)

7.1 Vorbemerkung

Die Nutzer eines Informationsangebots durchlaufen eine „user journey“, deren Kern der eigentliche Suchprozess ist. In den unterschiedlichen Phasen dieser „user journey“ muss ein Informationsangebot unterschiedliche Informationsinteressen bedienen und Nutzererwartungen erfüllen. Wie dies in der Praxis gelingen kann, zeigt der im Rahmen dieses Reformkonzepts erstellte Prototyp, der online unter www.weisse-liste.de/public-reporting-pflege als Film einsehbar ist. Die wesentlichen Methoden der Informationsvermittlung, die darzustellenden Informationen sowie anzubietenden Funktionen werden ergänzend in diesem Kapitel schriftlich zusammengefasst.

7.2 Orientierungsphase

Der Prozess beginnt mit einer Orientierungsphase. Wer plötzlich oder fortschreitend auf Pflege angewiesen ist, hat viele Fragen und Ängste, Gefühle der Überforderung können auftreten. Die naheliegende Lösung, den nächstbesten Pflegeanbieter zu kontaktieren, muss allerdings nicht die beste sein. In dieser Phase geht es also um einen Überblick über mögliche und bedarfsgerechte Pflegearrangements sowie deren Verfügbarkeit und Finanzierung. Deshalb ist zunächst Orientierung gefragt.

Es kommt auf eine einfache, leicht verständliche Darstellung an, nicht nur was Texte und Fachbegriffe anbelangt, sondern auch bei der Nutzerführung. Der Prototyp folgt daher einer Schrittfolge, die dem Nutzer dabei hilft, nichts Wichtiges zu vergessen. Hilfreich sind Beratungsangebote, Checklisten, Überblicksinformationen und Entscheidungshilfen. Zusatzangebote dürfen den Suchprozess begleiten und ergänzen, sollen ihn jedoch auch nicht unnötig aufhalten oder

stören. Nutzer, die sofort in die Anbietersuche einsteigen wollen, sollten die Möglichkeit dazu haben.

Stets sollten jedoch Beratungsangebote mit Suchportalen verknüpft werden. Beratungsangebote sind vielfach unbekannt, obwohl sie wichtig und hilfreich sind, etwa um zu klären, wie die Pflege zu Hause noch möglichst lange gewährleistet werden kann oder welche entlastenden Angebote es für pflegende Angehörige gibt. Auf Beratungsangebote sollte daher an hervorgehobener Stelle hingewiesen werden.

Am Beginn der eigentlichen Anbietersuche steht in der Regel die regionale Eingrenzung bzw. Bestimmung eines Suchradius, der in der Regel vom derzeitigen Wohnort des Pflegebedürftigen und/oder seiner Angehörigen abhängt.

7.3 Vorauswahl

Die Anzahl infrage kommender Pflegeangebote ist von Ort zu Ort unterschiedlich. In Ballungsgebieten kann sie sehr groß sein. In der nächsten Phase müssen die Nutzer also eine Vorauswahl unter Anbietern treffen. Allerdings fehlen bislang zu wichtigen Ein- und Ausschlusskriterien verlässliche und entscheidungsrelevante Informationen.

Die meisten Nutzer gehen für eine Suche und Auswahl nicht gezielt auf ein Informationsportal zur Pflege, sondern nutzen ihre gewohnte Suchmaschine. Sie suchen dann schlicht nach dem nächstgelegenen Pflegeanbieter – und nicht nach dem besten Informations- oder Suchportal. Das Internetangebot sollte daher suchmaschinenfreundlich programmiert werden. Dadurch erscheint es in den Ergebnislisten der Suchmaschinen an guter Position und kann die Nutzer auf die passende Trefferliste leiten. Auch nachdem

eine Suche ausgelöst wurde, sollte unmittelbar eine Trefferliste erscheinen, um die Nutzererwartung nach einem schnellen Ergebnis zu erfüllen.

Viele Nutzer wissen nicht, worauf sie bei der Vorauswahl achten müssen. Deshalb beinhaltet der Prototyp einen digitalen Assistenten, der dabei hilft, die Trefferliste nach den regelmäßig vorrangigen Kriterien einzugrenzen. Das Angebot kann der Nutzer wahrnehmen, muss es aber nicht.

Dabei empfehlen sich fünf Kriterien:

- Nähere Eingrenzung des Ortes/Suchradius
- Art der Betreuung/Pflegeform (vollstationäre Dauerpflege, Kurzzeitpflege, Tagespflege in Varianten Kosten (unter Heranziehung der maximalen Kosten, die für den Pflegebedürftigen in Summe entstehen, etwa für das teuerste Einzelzimmer). Der Nutzer kann durch Setzen eines Kostenlimits die Trefferliste filtern/eingrenzen.
- Kriterien zur Ermittlung eines zum Gesundheitszustand und zum Pflegebedarf passenden fachlichen Angebots (Pflegeschwerpunkte, fachliche Qualifikation und Ausrichtung), die eine Unterscheidung in „ungeeignet/wird nicht angeboten“, „geeignet/wird angeboten“, „besonders empfohlen aufgrund besonderer Qualifikation“ ermöglicht. Dazu gehören insbesondere folgende gesundheitsbezogene Merkmale des Pflegebedürftigen, die einen besonderen Bedarf auslösen können:
 - Demenz
 - Psychische Erkrankungen
 - Hepatitis C
 - AIDS
 - Intensivpflege
 - Pflege bei Beatmung
 - Pflege bei Luftröhrenzugang
 - Pflege für Kinder und Jugendliche
 - Pflege für Menschen mit schweren Behinderungen (untergliedert in Arten der Behinderung)
 - Pflege von stark übergewichtige Menschen
 - Pflege von schwer kranken, sterbenden Menschen

Bei Auswahl dieser Merkmale kann das System automatisch passende Informationen über die Geeignetheit und die Qualität in den Vordergrund stellen. Ob

ein besonderer Pflegebedarf vorliegt, für den nicht jedes Heim gleichermaßen geeignet ist, ist für Nutzer meist schwer zu erkennen. Deshalb sollten an dieser Stelle entsprechende Hinweise verlinkt sein, mit deren Hilfe Nutzer direkt erkennen können, ob für sie eine spezialisierte Einrichtung infrage kommt.

- Weitere Kriterien, die der Nutzer auswählen kann. Hierbei kann das (lernende) System häufig gewählte Kriterien automatisch bereits vorschlagen. Weitere Kriterien sollten über einen Link in Form einer gruppierten Auswahlliste abrufbar und durchsuchbar sein. Beispiele dafür sind besondere religiöse Angebote, die Mitnahmemöglichkeit von Haustieren sowie die Möglichkeit, eigene Möbel mitzubringen. Hier wird abermals unserem Konzept von Lebensqualität Rechnung getragen, indem der Nutzer selbst die Möglichkeit hat, persönlich wichtige Auswahlkriterien zu finden und mit ihrer Hilfe die Ergebnismenge zu filtern. Ein gutes Informationssystem sollte also dazu einladen, zu erkunden, welche Kriterien noch wichtig sein könnten, gibt jedoch nicht vor, was dabei als gut oder als schlecht zu werten ist. Denn was für den einen besonders wichtig ist, mag für den anderen nebensächlich sein.

Der Assistent schlägt dem Nutzer diese Auswahlkriterien vor und bietet an, die Trefferliste nach diesen Kriterien einzugrenzen, d. h., zu filtern.

Aus Nutzerperspektive wünschenswert und praktisch wäre auch der Hinweis, ob ein freier Platz sofort verfügbar ist, falls aufgrund einer akuten/dringenden Pflegesituation ein Platz benötigt wird. Die Hürden zur verlässlichen und manipulationssicheren Erfassung dieser Angabe sind jedoch zu vielfältig und groß:

- Ob ein freier Platz verfügbar ist, kann sich stündlich ändern, sodass selbst bei einer technisch durchaus möglichen tagesaktuellen Abbildung kein verlässliches Ergebnis hergestellt werden kann.
- Erfahrungen der Weissen Liste zeigen, dass sich nur ein Bruchteil der Anbieter an einem freiwilligen Meldesystem beteiligt und aktuelle Meldungen abgibt. In einem verpflichtenden System hingegen ließen sich Falschangaben nicht wirksam sanktionieren.
- Die Mehrzahl der Anbieter meldet aus nachvollziehbaren strategischen Gründen stets mindestens

einen freien Platz, um Pflegebedürftige, Angehörige, aber auch die Sozialdienste nicht zu verprellen.

- Das Heim kann auch berechnete bzw. zumindest aus der Praxis nachvollziehbare Gründe haben, trotz eines faktisch freien Platzes bestimmten Pflegebedürftigen die Aufnahme zu verweigern, zum einen, falls der Pflegebedürftige aufgrund seiner Pflegesituation nicht adäquat versorgt werden könnte oder nicht zur Bewohner-/Gruppenstruktur passt, zum anderen betreiben Pflegeanbieter auch ein Casemanagement, um vor dem Hintergrund der getroffenen Vergütungsvereinbarung und Personalausstattung ihre wirtschaftlichen und personellen Zielsetzungen sowie Verpflichtungen zu erreichen.

Die mithilfe des digitalen Assistenten ausgewählten Kriterien führen zu einer Filterung der Trefferliste. Die einzelnen Filterelemente muss der Nutzer nachträglich wieder verändern oder gänzlich entfernen können.

7.4 Detailvergleich

Nach einer Vorauswahl kommen meist nur noch einige wenige Anbieter infrage. Die Nutzer beginnen dann mit einem Detailvergleich. Entscheidend ist, welcher Anbieter am besten zum Pflegebedürftigen passt. Maßgeblich dafür ist, bei welchem Anbieter die aus Sicht des Pflegebedürftigen beste Lebensqualität zu erwarten ist. Worauf es dabei ankommt, entscheidet der Nutzer. Er wird auf besonders wichtige, grundlegende Qualitätsinformationen, z. B. Mängel in der Pflegequalität, hingewiesen.

Bereits in einer Ergebnisliste sollten die wichtigsten Kernmerkmale eines Pflegeanbieters hochaggregiert dargestellt werden. Entsprechend unserer Befragungsergebnisse sollten in erster Linie mitarbeiterbezogene Angaben dargestellt werden.

Viele Nutzer haben zudem Sorge vor schlechter Pflege – können und wollen sich in der Regel aber mit den fachlichen Details nicht auseinandersetzen. Pflegequalität darf daher auf der obersten Aggregationsebene nicht in komplizierter Weise dargestellt werden, aber ebenso wenig aus dem Blick geraten. Die Nutzerbefragung zeigt, dass nach mitarbeiterbe-

zogenen Kriterien die fachliche Qualität der Pflege ein sehr wichtiges Auswahlkriterium ist – obwohl bislang verständliche und aussagekräftige Angaben darüber fehlen.

Besonders hilfreich beim Vergleich sind zudem Erfahrungen anderer, der wichtigste Indikator ist dabei die Weiterempfehlungsrate (der Bewohner, Angehörigen oder Mitarbeiter).

Der Prototyp bietet folgende Items zur Darstellung auf der ersten Ebene einer Ergebnisliste:

- Anschrift
- Entfernung zum angegebenen Ort
- Foto
- Personalausstattung für Pflege und Betreuung (Pflegeschlüssel gemäß Vergütungsvereinbarung bzw. Istpersonalausstattung, Warnhinweis bei festgestellten Unterschreitungen der vereinbarten Mindestvorgabe).
- Angaben zur fachlichen Qualifikation der Mitarbeiter in aggregierter Form (etwa Punktesystem für Anteil von Mitarbeitern in Vollzeitäquivalenten mit besonderer Zusatzqualifikation, separat dargestellt für Pflege- und Betreuungspersonal).
- Kosten unter der automatisch für den Kontext der Trefferliste generierten Angabe, ob diese vergleichsweise eher günstig, durchschnittlich oder eher hoch sind.
- Pflegequalität gemäß Prüfergebnissen: Es ist besonders wichtig und empfehlenswert, vor denjenigen Anbietern und Einrichtungen mit einem eindeutigen Symbol zu warnen, bei denen es eindeutige Hinweise auf eine mangelnde Qualität gibt. Dies wird wenige Anbieter betreffen. Die Mehrzahl wird ausweislich der Prüfergebnisse voraussichtlich als „unauffällig“ einzustufen sein. Um Anreiz für die Qualitätsentwicklungen zu setzen, sollten besonders gute Einrichtungen ebenfalls gekennzeichnet werden, etwa durch einen „Empfehlungsdaumen“. Das Vorgehen zur Darstellung von Pflegequalität wird detailliert in Kapitel 8.4 beschrieben. Die hinter den aggregierten Werten stehenden Detailangaben sollten stets per Link direkt aufrufbar sein.

Für einen vertiefenden Vergleich sollten Nutzer eine Vergleichsansicht aufrufen können, die die Merkmale und Qualitätsaussagen zu den Anbietern der Trefferliste übersichtlich gegenüberstellt. Dabei können weitere Details ergänzt werden, die in der ersten Ergebnisliste noch nicht enthalten sind. Dazu sollten bspw. gehören:

- vom Nutzer angegebenen Filterkriterien, sofern sich diese im gesetzten Filterrahmen graduell unterscheiden
- Link auf weitere Fotos
- Größe des Heims, ausgedrückt in Anzahl der Plätze
- zusammenfassende Ergebnisse der unterschiedlichen Qualitätsprüfungen (gesetzliche Qualitätsmessung des Betreibers, MDK-Prüfung, Prüfung Heimaufsicht), ebenfalls nach der Systematik „Warnung – unauffällig – Lob“
- detailliertere Kontaktangaben wie z. B. die Website des Betreibers

Auch hier gilt wieder, dass Lebensqualität für jeden etwas anderes bedeutet. Deshalb wird dem Nutzer auch in dieser Ansicht angeboten, eigene Vergleichskriterien auszuwählen. Dazu kann eine auf Mausklick angezeigte gruppierte Liste nach Schlagwörtern durchsucht werden. Alternativ kann der Nutzer die Liste aufblättern. Individuell wichtige Kriterien kann der Nutzer mit der Maus zu den Vergleichskriterien hinzufügen oder umgekehrt Vergleichskriterien aus der Darstellung entfernen. Mit diesen Aktionen ändert sich sofort die Ansicht und zu den hinzugefügten Vergleichskriterien zeigt das System die entsprechenden Werte und Angaben an. Mit dieser Methode können Nutzer alle möglichen Detailangaben vergleichen, bspw. die Größe der Zimmer, welche Ärzte die Bewohner im Heim versorgen oder wer Gästezimmer für Angehörige anbietet.

7.5 Entscheidung

In der nächsten Phase trifft der Nutzer die Entscheidung für einen Anbieter. Zuvor sollte er infrage kommende Anbieter persönlich besucht haben. Die Vor-Ort-Besuche und die Entscheidungsphase können ebenfalls online unterstützt werden. Aus der Nut-

zerbefragung geht hervor, dass rund die Hälfte der Menschen, die auf ein Suchportal gehen, sich bereits vor Ort erkundigt haben und nun im Anschluss vertiefende Informationen über das besuchte Heim suchen. Die im vorliegenden Konzept entwickelten und im Portal abgebildeten Qualitätsaspekte können dabei im Rahmen des Vor-Ort-Besuchs als Grundlage für (kritische) Nachfragen, bspw. zu Ausstattungsmerkmalen, (Pflege-)Konzepten und typischen Prozessen und Dienstleistungen (Mahlzeiten, Aktivierung und Freizeitgestaltung) genutzt werden.

Wer kann, vergewissert sich vor der endgültigen Entscheidung für einen Pflegeanbieter bei Freunden und Bekannten, bei Experten – oder geht noch einmal ins Internet. Eine Zweitmeinung durch Experten oder Angehörige ist wichtig und empfehlenswert. Nutzer möchten sichergehen, die richtige Entscheidung getroffen zu haben, und sie fühlen sich sicherer, wenn sie wissen, nichts Wichtiges übersehen zu haben. Ein idealtypisches Informationsangebot stellt dazu für jeden Pflegeanbieter eine detaillierte Profilseite bereit, die ihrerseits dem Nutzer thematisch gruppierte und über Links vertiefende, detailliertere Informationen anbietet, sodass die Seite übersichtlich bleibt.

Viele wichtige Aspekte, wie die Unternehmenskultur, die Atmosphäre oder der Umgang mit Bewohnern, lassen sich nur schwer oder überhaupt nicht mit Indikatoren messen und darstellen. Hier helfen andere Informationen weiter. Beispielsweise können Fotos einen guten ersten Eindruck von den Räumlichkeiten bieten und sollten daher systematisch erhoben und bereitgestellt werden. Der (spätere) Vor-Ort-Besuch ermöglicht einen Abgleich, ob die Abbildungen der wahrgenommenen Wirklichkeit entsprechen.

In der Profilansicht werden sämtliche aktuellen Kontaktdaten und Ansprechpartner dargestellt, um die Kontaktaufnahme zu erleichtern. Auch Kontaktangaben zu den Bewohnervertretern sollten hier mit deren Einverständnis angezeigt werden, damit Nutzer diese so wichtigen Erfahrungsträger ansprechen können, um mehr über das Leben im Heim zu erfahren.

Besonders wertvoll sind Erfahrungsberichte von Bewohnern, Angehörigen oder auch Mitarbeitern, die jeweils von den Anbietern kommentiert werden können.

Die Angaben zur Pflegequalität stehen in dieser Suchphase nicht mehr im Vordergrund, dürfen aber auch nicht unter den Tisch fallen und sind hier nochmals im Detail abrufbar.

Auch für den Nutzer interessante Dokumente können hier abgerufen werden, etwa ein Mustervertrag, der vorab geprüft werden kann. Ein aktueller Speiseplan ist aussagekräftig, schließlich ist das Essen für sehr viele Menschen besonders wichtig. In gleicher Weise kann über die Freizeitangebote eines Heims Auskunft gegeben werden, die die Aktivitäten in dieser Einrichtung widerspiegeln, die Teilhabe, Beschäftigung und soziale Beziehungen ermöglichen.

Zu guter Letzt sollte eine Funktion angeboten werden, um die eigenen Recherchen mit Angehörigen oder Freunden zu teilen, um im Familienrat die Entscheidung zu erörtern. Dies kann über Links zu individuellen Suchergebnissen erreicht werden, die auf Wunsch per E-Mail, Messenger-Dienste und soziale Netzwerke weitergeleitet werden können.

7.6 Pflegeanbieter als Nutzer des Systems

Die Pflegeanbieter selbst sollten ebenso als „Nutzer“ des Public-Reporting-Systems und konkret eines idealtypischen Informationsangebots gesehen werden. Sie erwarten zu Recht nicht nur eine faire Bewertung, sondern auch eine zeitgemäße Darstellung. Sie müssen die Daten und Informationen bereitstellen können, ohne dass ein großer bürokratischer Aufwand oder unverhältnismäßige Kosten entstehen. Und sie sollten das System für ihr Qualitätsmanagement nutzen können. Das System sollte somit so gestaltet werden, dass keine unnötige Bürokratie, Kosten und Belastungen entstehen. Die Datenerhebung muss einfach sein. Doppelerhebungen dürfen nicht vorkommen. Beispielsweise liegen die wesentlichen Heimkosten auch den Pflegekassen vor und müssen nicht noch einmal erfasst werden.

Um diese Ziele zu erreichen, bietet sich an, einen passwortgeschützten Bereich für Pflegeanbieter zu etablieren. Über dieses Onlinesystem können Daten erfasst und genutzt werden. Ergänzt werden kann das System durch praktische Erinnerungsfunktionen, eine Nutzerverwaltung.

Ein Mehrwert für die Qualitätsentwicklung der Anbieter kann dadurch hergestellt werden, dass die gesammelten Daten den Anbietern automatisch und individualisiert wieder bereitgestellt werden, z. B. können zu individuellen Prüfergebnissen Benchmarks gegenübergestellt werden (Bundesvergleich, Landesvergleich, Regionalvergleich). Ergänzt werden können Berichts- und Exportfunktionen in Statistik- und Präsentationsprogramme. Besonders positiv oder negativ auffällige Werte kann das System in den Vordergrund stellen und in einem „Dashboard“ anzeigen. Das tiefer gehende Benchmarking sollte über Link aufrufbar sein.

Über den Anbieterbereich sollten alle Pflichtangaben online erfasst, aktualisiert und digital übermittelt werden. Dadurch entfällt die Anschaffung von spezieller Software und der daraus folgenden Pflege- und Schulungsaufwände, wie es im Krankenhausbereich gängige Praxis ist.

Im Anbieterbereich könnten auch neu eingegangene Erfahrungsberichte gelesen und kommentiert werden. Das wäre Teil eines professionellen Beschwerdemanagements. Da manche Angaben, wie bspw. Ansprechpartner, sich auch zwischen offiziellen Berichtszeiträumen ändern, können diese mit wenigen Klicks aktualisiert werden.

8. Abgeleitete Reformvorschläge

8.1 Online-First-Prinzip

Ergänzend zur individuellen persönlichen Beratung erfüllen intelligente Informationsangebote im Internet die Anforderungen der Verbraucher bzw. Nutzer am besten. Informationen müssen leicht zugänglich (niedrigschwellig) und zeitnah aktualisierbar sein. Das gelingt im jederzeit von überall aus zugänglichen Internet. Das Internet zählt mittlerweile auch für ältere Menschen zu einer wichtigen und gewohnten Informationsquelle. Mithilfe von Filter- und Sortierfunktionen, Aggregation, Hierarchisierung und Gruppierung von Informationen und Inhalten können Nutzer Informationen leichter erfassen und verstehen. Die Nutzer können bei der Suche im Netz ihre eigenen Prioritäten setzen und so den Entscheidungsprozess individualisieren.

Das Internet bietet die Chance, Daten in unterschiedlicher Aufbereitung und Detailliefe zu präsentieren und für unterschiedliche Zwecke und Nutzergruppen – etwa zur Unterstützung von Pflegeberatern oder als Forschungsportal – passgenau verfügbar zu machen. Darüber hinaus erlauben Onlineportale mit einem intelligenten (anonymisierten) Usertracking auch, die Suchstrategien und Informationspräferenzen der Nutzer effizient zu erfassen und in die Verbesserung des eigenen Angebots einfließen zu lassen. Diese Optionen, die nur die Onlineinformationen bietet, sollten produktiv genutzt werden. Schließlich können verbraucherrelevante Informationen im Kontext des Suchprozesses, etwa Hinweise auf Pflegeberatungsangebote, zusätzlich dargestellt werden.

Im Unterschied zu den bestehenden Pflege-Transparenzvereinbarungen müssen sich die neuen Qualitätsdarstellungsvereinbarungen nach § 115 Abs. 1a SGB XI daher von der Papierform als Maßstab für die Darstellung der Pflegequalität lösen und konsequent

auf die Nutzung des Internets als primäre Informationsplattform setzen. Der zeitgemäße und nutzerorientierte Einsatz digitaler Möglichkeiten sollte durch die Vereinbarung gefördert und nicht wie bisher durch die Fixierung eines verbindlichen „Informations- und Datenblattes“ (Abbildung 2) behindert werden. Dazu ist es notwendig, die relevanten Daten (MDK-Prüfergebnisse, Vertrags-, Struktur- und Stammdaten) auf Bundesebene konsolidiert und auf aktuellem Stand allen zugangsberechtigten Informationsanbietern zur Verfügung zu stellen – unabhängig davon, ob sie zu den Vereinbarungspartnern gehören oder nicht. Alle sollten die gleichen Ausgangsbedingungen haben, sodass ein fairer Wettbewerb um die besten Aufbereitungs- und Darstellungslösungen im Interesse der Verbraucher entstehen kann.

Ziel muss es sein, dass sich bei der nutzerorientierten Aufbereitung und Darstellung die Kreativität der verschiedenen Portalbetreiber entfalten kann. Dabei gilt auch: Public Reporting zeigt nur dann Wirkung, wenn es seine Zielgruppen erreicht. Im Internet stehen Informationsangebote auf Grundlage der gesetzlichen Qualitätsberichterstattung im Wettbewerb mit vielen anderen Angeboten, insbesondere kommerziellen Portalen. Deshalb muss die offizielle Qualitätsberichterstattung in Sachen Nutzerfreundlichkeit, Suchmaschinenfreundlichkeit, Datenschutz (Vertrauenswürdigkeit) und Technik sich stets mit anderen Angeboten im Markt messen lassen können.

8.2 Strukturbericht für den stationären Bereich

Der Qualitätsdatensatz sollte zukünftig Informationen über Strukturmerkmale der Pflegeanbieter, insbesondere der Pflegeheime, beinhalten. Auch der

gesetzliche Auftrag an den Qualitätsausschuss lautet gemäß § 113b Abs. 4 Nr. 1 SGB XI, Instrumente für die Prüfung der Qualität der Leistungen, die von den stationären Pflegeeinrichtungen erbracht werden, und für die Qualitätsberichterstattung in der stationären Pflege zu entwickeln, wobei u. a. „Aspekte der Prozess- und Strukturqualität zu berücksichtigen sind“.

Wesentliche Aspekte der Lebensqualität lassen sich einfach und ohne großen Aufwand durch Auskünfte über die personelle und räumliche Ausstattung, besondere pflegfachliche Angebote, Servicemerkmale oder weitere Strukturmerkmale abbilden.

Die meisten dieser im Zuge dieses Reformkonzepts zusammengestellten rund 150 Merkmale ändern sich nach einer einmaligen Erfassung sehr selten oder nie. Nur ca. 25 Angaben müssten jährlich oder halbjährlich aktualisiert werden. Andere Angaben, wie etwa Kontaktdaten, sind möglichst tagesaktuell zu halten. Je nach individueller Präferenz können spezielle Informationen – etwa die Möglichkeit, ein Haustier zu behalten – entscheidend sein für die Auswahl einer Einrichtung.

Der mögliche Aufbau und die Inhalte eines solchen strukturierten Berichts für Pflegeheime sind im Anhang exemplarisch aufgeführt.

8.2.1 Erhebung und Sanktionierung

Um den Aufwand für die Einrichtungen bei der Erstellung des Strukturberichts möglichst gering zu halten, empfiehlt es sich, ein zentrales Eingabeportal einzurichten, auf dem die Daten online erfasst, aktualisiert sowie für die offizielle Prüfstelle freigegeben und von dort aus allen Informationsanbietern synchron zur Verfügung gestellt werden. Aus Gründen der Wettbewerbsneutralität sollte der Betreiber dieses Eingabeportals unabhängig sowohl von den Vereinbarungspartnern wie den jeweiligen Informationsanbietern sein. Zwischen dem Betreiber des Eingabeportals und den Informationsanbietern müssten Schnittstellen und Aktualisierungsfrequenzen verabredet werden, die einen zeitnahen Datentransfer ermöglichen und keinen der akkreditierten Informationsanbieter benachteiligen.

Da es sich bei dem Strukturbericht um Selbstangaben der Einrichtungen handelt, ist es ferner sinnvoll, deren Angaben durch externe Institutionen wie den

MDK oder die Heimaufsicht – die die Heime ohnehin regelmäßig aufsuchen – stichprobenartig auf Korrektheit und Zuverlässigkeit überprüfen zu lassen. Sollten sich Beschwerden von Nutzern über unzutreffende Angaben häufen, wären auch anlassbezogene Überprüfungen angezeigt. Falsche Angaben müssten unverzüglich richtiggestellt werden; bei gravierenden oder gewohnheitsmäßigen Falschangaben wären die betroffenen Einrichtungen entsprechend zu sanktionieren. Eine öffentlichkeitswirksame Sanktion wäre, für einen bestimmten Zeitraum, etwa sechs Monate, den Verbrauchern einen Hinweis zu geben, dass die Angaben zum Heim aufgrund falscher Angaben des Anbieters geändert wurden und dabei anzuzeigen, welche Angaben fehlerhaft waren.

8.2.2 Inhaltlicher Vorschlag

Das vorliegende Reformkonzept geht von acht Dimensionen der Lebensqualität aus. Die Tabelle 3 zeigt beispielhaft, wie sich auch Strukturmerkmale diesen Qualitätsdimensionen zuordnen ließen.

Die im Strukturbericht zu erhebenden Informationen beziehen sich auf diese Qualitätsaspekte. Dabei geht es vor allem darum, die wesentlichen Bereiche der Lebensqualität abzudecken. Die einzelnen Daten fungieren jedoch nicht als Indikatoren für die jeweilige Lebensqualitätsdimension. Da am Ende für den Nutzer immer die konkreten Informationen über Ausstattung und Leistungsangebote zählen, also kein umfassender Index für Lebensqualität gebildet werden muss, erübrigt sich eine aufwendige Indikatorenbildung. Schließlich entscheidet der Nutzer, welche der erhobenen Informationen für ihn wie relevant und wie zu werten sind. Die Orientierung an den Dimensionen von Lebensqualität soll nur sicherstellen, dass dieser Informationspool die wesentlichen Aspekte enthält.

Der Pool sollte dabei als lernendes System angelegt und somit in der Lage sein, neue Aspekte, die den Nutzern wichtig sind, aufzunehmen und auf weniger wichtige zu verzichten. Die im Rahmen dieses Reformkonzepts erarbeitete Liste ist insofern nicht statisch, sondern als Vorlage für die Einführung eines Strukturberichts zu verstehen. Über die Erfassung der Nutzerroutinen (Usertracking) lässt sich die Relevanz der angebotenen Informationen leicht ermitteln und gewichten. Ein strukturiertes Feedback der Informationsanbieter an die Vereinbarungspartner kann gewährleisten, dass die Anforderungen an den

TABELLE 3 Beispiele für lebensqualitätsbeeinflussende Strukturmerkmale

LEBENSQUALITÄTS-DIMENSION	BEISPIELE FÜR QUALITÄTSINFORMATION AUS STRUKTURDATEN
1. Sicherheit	Notrufknopf im Zimmer vorhanden
2. Gesundheit und Wohlbefinden	Pflegefachliche Leistungsmerkmale und Qualifikationen, z. B. <ul style="list-style-type: none"> ● Aufnahme und Spezialisierung in Personalqualifikation und Ausstattung von/ für spezifische Arten der Behinderung ● Aufnahme oder besondere Eignung für die Pflege von Menschen mit spezifischen Pflegebildern, z. B. besondere Arten der Demenz ● Geeignetheit für Menschen mit spezifischen Pflegeanforderungen, z. B. Adipositas ● Besondere Eignung für spezifische Krankheits-/Lebensphasen, z. B. Pflege von schwerstkranken, sterbenden Menschen ● Ausstattungsmerkmale und Hilfsmittel
3. Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit	Verpflegung im eigenen Zimmer möglich
4. Würde und Respekt	Körperpflege ausschließlich durch Personen desselben Geschlechts; Räumlichkeiten ermöglichen würdevollen, die Privatsphäre respektierenden Umgang in Sterbefällen
5. Teilhabe und Beschäftigung	Anzahl und Größe der Gemeinschaftsräume
6. Wohnen und hauswirtschaftliche Versorgung	Wäscheservice
7. Spiritualität und Sinngebung	Andachtsraum im Haus vorhanden
8. Mitwirkung und Information	Kostenlose Fortbildungen für Bewohnervertretung

Quelle: Eigene Darstellung.

Strukturbericht auch über die Zeit hinweg aktuell und nutzerorientiert bleiben. Ein regelmäßiger Austausch zwischen den Mitgliedern des Qualitätsausschusses und den Betreibern der akkreditierten Portale über Inhalte, Formate und Prozesse der Datenübermittlung ist dafür unerlässlich, wie Erfahrungen aus dem Krankenhausbereich zeigen.

Die vollständige, aktuelle Liste mit zu erhebenden Kriterien und Merkmalen ist online unter www.weisse-liste.de/public-reporting-pflege abrufbar.

8.3 Veröffentlichung personalbezogener Kriterien

Die Nutzerbefragung der Weissen Liste hat ergeben, dass Informationen über das Personal der Einrichtung besonders wichtig sind: „Haben die Mitarbeiter genug Zeit für Pflege und Zuwendung“ und „Ist das Personal freundlich und ausreichend qualifiziert?“ sind die wichtigsten Auswahlkriterien für einen Pflegeanbieter.

Ein Hinweis auf die zu erwartende und tatsächliche Personalausstattung sollte daher verpflichtendes Element der Qualitätstransparenz sein. Der Nutzer hat einen berechtigten Anspruch zu erfahren, ob die den Einrichtungskosten zugrunde liegende und für die Lebensqualität entscheidende (verhandelte) Personalausstattung tatsächlich vorhanden ist.

Folgende Informationen sind aus Nutzersicht mit geeigneten Kennzahlen zu veröffentlichen:

1. Ist zu jeder Zeit (bspw. im Tagesverlauf und saisonal) genügend Personal vorhanden/anwesend? (Quantität)
2. Ist das Personal für die Aufgaben ausreichend qualifiziert? (formale Qualifikation sowie ggf. sinnvolle/notwendige Fort- und Weiterbildungen)
3. Ist das Personal ausreichend motiviert und leistungsfähig? (Stimmung/Haltung/Motivation und Personalesundheit)

Für den Nutzer müssen diese Fragen in Form von aussagekräftigen, leicht verständlichen und zusammenfassenden Aussagen beantwortet werden.

Die Einzelwerte, auf denen die Zusammenfassungen beruhen sowie weitere Detailangaben, wie nach Pflegegraden aufgefächerte Personalschlüssel und Aufschlüsselung des Personalzusammensetzung, sind in einem Informationsangebot auf untergeordneten Darstellungsebenen ergänzend zu veröffentlichen.

8.3.1 Darstellung der quantitativen Personalausstattung

Zur Darstellung quantitativer Personalangaben schlagen wir zwei zusammenfassende Kennwerte mit folgender Darstellung vor:

- „Ein Mitarbeiter pflegt/versorgt x Bewohner (schlechter als Durchschnitt / durchschnittlich / besser als Durchschnitt)“

Dieser Wert – zu verstehen als quantitatives, personalbezogenes Versorgungsniveau – kann bereits unter den heutigen Rahmenbedingungen auf Grundlage der den Pflegekassen vorliegenden Vergütungsvereinbarung aus dem Durchschnitt der vertraglich vereinbarten Pflegeschlüssel nach Pflegegraden ermittelt werden.

Der ergänzende qualitative Hinweis (über-, unter- bzw. durchschnittlich) dient dem Nutzer als Anhaltspunkt, wie dieser Wert im Vergleich zum Landeschnitt zu interpretieren ist.

Mittelfristig sollte das vertraglich vereinbarte Versorgungsniveau um geprüfte Istpersonalwerte, d. h. den tatsächlichen Personaleinsatz im Abgleich mit dem nach Bewohnerstruktur notwendigen Pflege- und Betreuungsbedarf (Case-Mix-adjustierter Gesamtpersonalschlüssel über alle Pflegegrade) ergänzt werden. Denn für die Pflegebedürftigen ist nicht ein Personalschlüssel auf dem Papier die relevante, spürbare Größe, sondern der tatsächliche Personaleinsatz möglichst nah am Bewohner bzw. Kunden.

Die Einzelwerte, auf der die Zusammenfassung beruht, geben die Anzahl der Mitarbeiter in Vollzeitäquivalenzen zum Stichtag bzw. im Prüfungszeitraum wieder, um über den Care-Mix zu informieren. Die Angaben sollten die Mitarbeiterzahlen unterscheiden nach Qualifikationsgruppen (z. B. examinierte Pflegefachkraft, Pflegehelfer etc.), Zusatzqualifikationen (z. B. gerontopsychiatrische oder Palliativfachkraft) und Einsatzgebiet (Pflege, Betreuung, Hauswirtschaft etc.).

- „Prüfergebnis Personaleinsatz: auffällig (rotes Warnsymbol) / unauffällig / besonders gut (Symbol grüner Daumen)“

Ergänzend schlagen wir die Veröffentlichung eines Warnhinweises bzw. einer Auszeichnung/Lob vor. Diese Funktion beruht auf einem Soll-Istabgleich zwischen dem bei einer Prüfung festgestellten tatsächlichen Personaleinsatz und dem entsprechend der Bewohnerstruktur (Case-Mix) und dem zum vereinbarten Personalschlüssel rechnerisch vorgesehenen Personaleinsatz. Fällt der tatsächliche Personaleinsatz einmalig gravierend oder gewohnheitsmäßig geringer aus als gefordert, so wird der Warnhinweis veröffentlicht. Eine Übererfüllung des Sollwerts kann durch eine besondere Auszeichnung („Grüner Daumen“) kenntlich gemacht werden. Die dafür nötigen Grenz- und Schwellenwerte können konsentiert oder fachlich begründet bzw. hilfsweise statistisch ermittelt werden. Dazu könnte auch die einschlägige Rechtsprechung der Sozialgerichte herangezogen werden.

Solche Abweichungen werden bereits heute von den Heimaufsichten überprüft und dokumentiert. Allerdings werden sie in den meisten Bundesländern weder veröffentlicht noch mit den bundesweiten Qualitätsinformationen („Transparenzberichte“) zusammengeführt. Eine Konsolidierung dieser Informationen ist also notwendig.

Eine bundesweite Veröffentlichung auf Grundlage der Pflegeschlüssel ist auch in denjenigen Bundesländern sinnvoll, in denen aufgrund der landesspezifischen Personalvorgaben und der Verhandlungspraxis die Sollwerte weitgehend gleich ausfallen. Erstens ist auch die Angabe, dass sich die Werte nicht oder nur marginal über die Einrichtungen hinweg unterscheiden, für den Nutzer eine werthaltige Information. Er kann sich dann bei seinem Vergleich auf andere Aspekte konzentrieren, die möglicherweise einen Unterschied machen. Zweitens sind diese Angaben relevant, wenn Pflegeeinrichtungen in verschiedenen Bundesländern infrage kommen, in denen sich die Pflegeschlüssel – ggf. besonders stark – unterscheiden. Drittens muss den Nutzern transparent gemacht werden, auf welchen Sollwerten die Angaben zu möglichen Abweichungen des tatsächlichen Personaleinsatzes (Warnfunktion) beruhen. Die Angabe ist also als Bezugsgröße erforderlich. Letztlich ist im Rahmen des Public Reporting eine Gleichbehandlung aller

Anbieter zwingend, was eine bundesweit einheitliche Veröffentlichung der Angaben erfordert.

8.3.2 Darstellung der qualitativen Personalausstattung

Die Frage nach der *ausreichenden* Qualifikation kann theoretisch über die Darstellung der geltenden bzw. verhandelten Fachkraftquote und über Abweichungen von dieser im tatsächlichen Personaleinsatz abgebildet werden. Die Fachkraftquote liegt gegenwärtig bundesweit regelmäßig um die 50 Prozent, d. h. die Hälfte der Mitarbeiter müssen „Fachkräfte“ sein. Diese Vorgabe ist verhältnismäßig unkonkret und trägt der einrichtungsindividuellen Bewohner- bzw. Kundenstruktur und unterschiedlichen konzeptionellen Ansätzen nicht ausreichend Rechnung. So kann ggf. nicht hinreichend zwischen Fachlichkeit (durch Einsatz von (mehr) Fachpersonal zu vergleichsweise höheren Kosten) und verfügbarer Zeit (durch Einsatz von (mehr) ergänzendem Hilfspersonal zu vergleichsweise weniger Kosten) substituiert werden.

Insgesamt betrachtet erscheint daher diese Angabe unter den heutigen Rahmenbedingungen für Verbraucher wenig aussagekräftig. Für die Zukunft ist hingegen eine solche Veröffentlichung wünschenswert, sofern für Pflegeeinrichtungen aussagekräftige Sollwerte für einen angemessenen, d. h. Case-Mix-bezogenen Care-Mix generiert werden können.

Ergänzend kann eine zusammenfassende Aussage über die fachliche Qualifikation der Mitarbeiter mittels einer Punkteskala getroffen werden, die die Verfügbarkeit von Mitarbeitern unterschiedlicher fachlicher Qualifikationen – insbesondere fachlicher Zusatzqualifikationen – kenntlich macht. Dazu können bspw. gerontopsychiatrische Fachkräfte, Mitarbeiter mit Fortbildungen für Palliativpflege oder Wundversorgung gehören. Welche Qualifikationen letztlich als fachlich „anerkannt“ gelten können, sollte fachlich konsentiert werden. Ein solcher aggregierter Wert kann dem Nutzer einen Hinweis auf die Problemlösungskompetenz in spezifischen Bedarfslagen geben, die den Pflegebedürftigen womöglich erst in der Zukunft betreffen.

Diese Skala ließe sich weiter präzisieren, indem dabei die Vollzeitäquivalente berücksichtigt und diese ins

Verhältnis zum Gesamtpersonal gesetzt werden. Außerdem könnten diese Angaben nicht nur auf der geplanten Personalvorhaltung, sondern auf dem tatsächlichen Personaleinsatz beruhen.

8.3.3 Darstellung weiterer personalbezogener Kriterien

Aus Nutzerperspektive sind auch weitere personalbezogene Informationen relevant, die sich auf die Motivation, Zufriedenheit und Leistungsfähigkeit beziehen. Um diese Aspekte zu erfassen, eignen sich am besten strukturierte Mitarbeiterbefragungen. Aber auch Ergebnisse von Bewohner- oder Angehörigenbefragungen sind hilfreich, bspw. um den Aspekt „Freundlichkeit des Personals“ zu ermitteln und abzubilden. Die Freundlichkeit und ähnliche personalbezogene Kriterien ließen sich auch über ein offenes Rating-System erheben und abbilden (vgl. Kapitel 8.5).

Über einen Strukturbericht der Anbieter lassen sich weitere nutzerrelevante Fähigkeiten abbilden, dazu gehören bspw. die Fremdsprachenkenntnisse der Mitarbeiter oder möglicherweise Eigenschaften von Mitarbeitern, die eine besonders kultursensible Pflege befördern.

8.4 Darstellung der Pflegequalität

Die bisher geltende Pflege-Transparenzvereinbarung aggregiert und skaliert die MDK-Prüfergebnisse in Form von Schulnoten. Die damit suggerierte Differenzierung findet aber aufgrund der systemimmanenten Nivellierung der Qualitätsunterschiede sowie weiterer bekannter methodischer Mängel faktisch nicht statt. Der Durchschnitt der Gesamtnote liegt bei 1,3. 26 Prozent der Pflegeheime und 40 Prozent der Pflegedienste haben die Gesamtnote 1,0. Nur weniger als 20 Prozent der Anbieter schneiden schlechter ab als 1,5³. Die Nutzer müssten die Einzelergebnisse näher betrachten und verstehen, um die Unterschiede aufzuspüren.

Ob nach der Umstellung der Prüfsystematik durch den Qualitätsausschuss die Prüfergebnisse eine aussagekräftige, zusammenfassende mehrstufige exakte Skalierung erlauben, darf bezweifelt werden.

3 Quelle: eigene Berechnungen; Pflegetransparenzberichte Stand 4/2016, bei Pflegeheimen nur mit Prüfgrundlage 2014.

Hinzu kommt, dass zukünftig neben den auf Selbstangaben basierenden Befunden zur Ergebnisqualität womöglich auch die Resultate externer Qualitätsprüfungen durch den MDK veröffentlicht werden. Dringend wünschenswert ist zudem, dass auch die Prüfberichte der Heimaufsichten – soweit sie veröffentlicht werden – im unmittelbaren Kontext der bundesweiten Qualitätsberichterstattung verarbeitet und aufbereitet werden, um Verbrauchern ein vollständiges Bild zu geben. Die Darstellung der Pflegequalität eines Heims oder eines Dienstes speist sich somit künftig aus unterschiedlichen Quellen, die sich nicht sinnvoll zu einem graduell skalierbaren Wert zusammenführen lassen. Die Bildung eines „rechnerisch“ zusammenfassenden Index zur Pflegequalität ist daher ausgeschlossen.

Auf der anderen Seite steht die Erwartung der Nutzer, eine möglichst klare und leicht erfassbare Aussage zur Qualität der jeweiligen Einrichtung zu bekommen. Für sie sind Detailbefunde zu Einzelaspekten der Pflege – so wichtig sie auch aus pflegewissenschaftlicher Sicht sein mögen – kaum nachvollziehbar. Auch wenn die gesundheitsbezogene Pflegequalität sicher ein bedeutendes Auswahlkriterium darstellt, so steht sie im konkreten Entscheidungsprozess des Nutzers doch gleichberechtigt neben anderen, die Lebensqualität ebenso bestimmenden Faktoren. Große Unterschiede in der gesundheitsbezogenen Pflegequalität müssten eher dazu führen, dass Einrichtungen, die „schlechte Pflegequalität“ leisten, sanktioniert oder von Markt genommen werden, als dass diese Unterschiede ein Auswahlkriterium für Nutzer darstellen sollten. Erst recht sollten Qualitätsdefizite in diesem Kernbereich durch andere Einrichtungsseigenschaften und -ergebnisse kompensiert werden können.

In der Abwägung dieser unterschiedlichen Aspekte, die am Ende zu einer Auswahlentscheidung führt, ist es wesentlich, den Bereich der Pflegequalität trotz seiner heterogenen Komponenten zu *einer* Information im Sinne einer allgemeinen pflegerischen Kompetenz zu verdichten. Trotz Aggregation von Qualitätsdaten müssen Risiken und das Unterschreiten von Mindestanforderungen erkennbar bleiben, auch wenn die Ergebnisse aus unterschiedlichen Qualitätsprüfungen und Erhebungen zusammengefasst werden.

Für den Nutzer ist es zunächst einmal nur wichtig zu wissen, ob die Einrichtungen, die bereits aufgrund anderer Kriterien in die engere Wahl genommen wur-

den, mit Blick auf die pflegerische Qualität auffällig sind oder nicht. Bei negativen Auffälligkeiten ist eine Warnung notwendig, die den Nutzer auffordert, die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen nun doch näher in Augenschein zu nehmen. Auf der anderen Seite können Einrichtungen, die in allen Prüfungen gut abgeschnitten haben, auch besonders ausgezeichnet werden. So ergäbe sich für die Darstellung eine dreistufige Skala: a) Auszeichnung, b) Unauffällig und c) Warnung. Eine Warnung würde immer dann ausgesprochen, wenn in einer der zugrunde liegenden Prüfkomponenten (Ergebnisqualität, MDK, Heimaufsicht) besonders schlechte Ergebnisse erzielt wurden. Ein Ausgleich von schlechten Ergebnissen auf der einen Seite durch gute auf der anderen Seite – wie im bisherigen System der Pflegenoten – wäre nicht möglich. Eine Auszeichnung wiederum wäre dann zu vergeben, wenn in allen Komponenten herausragend gute Ergebnisse vorliegen. Ein solches System setzt allerdings voraus, dass die Befunde in allen herangezogenen Qualitätskomponenten zumindest eine solche dreistufige Einteilung (unterdurchschnittlich, durchschnittlich, überdurchschnittlich) zulassen und entsprechende Schwellenwerte eindeutig definiert wurden. Für die Ergebnisqualität und die MDK-Prüfungen sollte dies umsetzbar sein, weil beide in den Regelungsbereich des Qualitätsausschusses fallen. Für die Prüfungen der Heimaufsicht sind indes Länder und Kommunen zuständig. Hier eine einheitliche Systematik vorzugeben, ist vermutlich nicht möglich – eine Harmonisierung wäre aber dringend anzustreben. Sollte eine wissenschaftlich begründete bzw. konsenterte Festsetzung von Schwellenwerten nicht zustande kommen, könnte bei entsprechend skalierten Rohdaten hilfsweise auf statistische Kennwerte, etwa Perzentil, zurückgegriffen werden. Bei Daten, die die Erfüllung von Mindestanforderungen bei einer Stichprobe abbilden, kommt in Betracht, eine Warnung dann zu setzen, wenn ein besonders gravierendes Kriterium oder mehrere weniger gravierende Kriterien bei einem (oder zwei) Bewohnern/Kunden nicht erfüllt wurden. Solche Regelsetzungen auf Ebene der Einzelkriterien ermöglichen es, Kriterien hinsichtlich ihres Risikowerts zu gewichten und dafür zu sorgen, dass einfache und folgenlose Fehler nicht auf das Gesamtergebnis durchschlagen.

Alle den zusammenfassenden Informationen zugrunde liegenden Qualitätsdaten müssen dennoch für interessierte Nutzer und Experten auf nachgelagerten Informationsebenen abrufbar sein, und zwar

als Rohdaten bzw. auf dem niedrigsten Aggregationsniveau. Dies kann mithilfe von Internetlinks zu Detailprüfergebnissen ermöglicht werden.

8.5 Erfahrungswissen

Die Dienstleistung Pflege ist ein Erfahrungsgut. Die Qualität eines Dienstes oder eines Heims lässt sich letztlich erst beurteilen, wenn man die Leistung tagtäglich in Anspruch genommen bzw. eine Zeit lang in dem Heim gewohnt hat. Da ein solches Ausprobieren in der Regel nicht oder nur in sehr begrenztem Umfang möglich ist, sind die von der Einrichtung bisher versorgten Pflegebedürftigen, ihre Angehörigen oder die Mitarbeiter wichtige Erfahrungsträger, um Auskunft über jene Aspekte zu geben, die sich durch Qualitätsmanagement oder externe Prüfungen nicht erfassen lassen. Dazu gehören bspw. die Freundlichkeit des Personals, das Betriebsklima, wie mit Beschwerden umgegangen wird oder ob das Essen schmeckt. Im Auswahlprozess stellen daher solche Erfahrungsberichte bzw. die Ergebnisse von Befragungen eine von den Nutzern hoch geschätzte Informationsquelle dar.

8.5.1 Befragung der Pflegebedürftigen

Die Erfahrungen mit der Befragung von Pflegebedürftigen im Rahmen des bisherigen Systems sind allerdings ernüchternd. Insbesondere bei der durch die geltenden Transparenzvereinbarungen etablierten Befragungsmethodik streuen die Ergebnisse noch weniger als bei den eigentlichen Prüfnoten – die Bewertungen sind durchweg sehr gut. Die kleine Stichprobengröße erlaubt letztlich auch kein repräsentatives Bild. Nicht jeder Pflegebedürftige kann eine solche Befragung mental bewältigen.

Befragungen, die vorrangig auf die „allgemeine Zufriedenheit“ der Pflegebedürftigen abzielen, bringen bekanntermaßen methodische Probleme mit sich. Regelmäßig sind extrem hohe Zufriedenheitswerte festzustellen, die kaum Aussagekraft für die Nutzer aufweisen. Wingenfeld (2003) zieht daraus den Schluss, „auf eine Erhebung von Zufriedenheit nach Möglichkeit gänzlich zu verzichten“.

Wingenfeld schlägt vor, anstatt auf die Zufriedenheit abzustellen, sei „der Rückgriff auf einfache Frageformulierungen, mit denen Zustimmung oder Ablehnung direkt ermittelt wird (z.B. Personalfuktuation),

sowie die Erhebung von tatsächlichem Verhalten (z. B. Beschwerden)“ (ebd.: 46) ergiebiger. Auch Fragen nach Verbesserungsvorschlägen oder Wünschen könnten einen indirekten Zugang zu Beurteilungen aus der Nutzerperspektive eröffnen. In Betracht kommen ebenso Methoden, mit denen das Vorkommen positiver wie negativer „kritischer“ und die Lebensqualität beeinflussender Ereignisse abgefragt werden (Critical Incident Technique).

Wichtige Indikatoren sind zudem die Weiterempfehlung des Pflegeanbieters durch Pflegebedürftige oder Angehörige sowie die Wahrnehmung der Personalsituation. Die Weisse Liste hat gute methodische Erfahrungen mit der Erhebung von Weiterempfehlungsraten für Krankenhäuser und Ärzte gemacht. Die Ergebnisse streuen breit und sind für Nutzer leicht zu interpretieren.

8.5.2 Befragung der Angehörigen

Würden statt der Pflegebedürftigen selbst deren Angehörige befragt, müsste man, um einen konkreten Eindruck über die Qualität des Dienstes oder Heims vermitteln zu können, vermutlich diejenigen von ihnen auswählen, die einen regelmäßigen Kontakt zu ihren pflegebedürftigen Verwandten haben. Im Rahmen der Erprobung der Instrumente zur Beurteilung der Ergebnisqualität war die Gruppe der Angehörigen, die sich an einer Befragung beteiligt haben, recht hoch (die Rücklaufquote lag stabil bei 61 Prozent) und zudem suchten diese Angehörigen das Heim auch in regelmäßigen Abständen auf: „Die Angehörigen, die sich an der Befragung beteiligten, besuchen die Bewohner recht häufig. 80,2 Prozent sind mehrmals oder mindestens einmal pro Woche in der Einrichtung zu Besuch und haben somit einen persönlichen Eindruck von den Organisationsabläufen und dem Umgang des Personals mit Bewohnern und stehen im kontinuierlichen Kontakt mit ihrem Angehörigen“ (Wingenfeld et al. 2011: 40). Allerdings muss man einkalkulieren, dass Pflegebedürftige wie Angehörige, sofern sie nach ihrer Bewertung der von ihnen gewählten Einrichtung befragt werden, geneigt sein könnten, diese Auswahl nicht durch schlechte Bewertungen im Nachhinein zu delegitimieren (sogenannte *Ex-Post-Rationalisierung*). Gleichwohl sind Angehörige eine wichtige Quelle, um Informationen etwa zur Freundlichkeit des Personals oder anderen erfahrungsbasierten Qualitätsaspekten zu ermitteln.

8.5.3 Befragung der Mitarbeiter

Eine Befragung der Mitarbeiter böte die Möglichkeit für eine Vollerhebung mit Aussicht auf aussagekräftige Befunde. Denn Pflege-, Betreuungs- und Hauswirtschaftskräfte kennen den eigenen Betrieb besonders gut und verfügen über eine fachliche Einschätzung der Stärken und Schwächen. Dabei würde es aus Nutzerperspektive genügen, vergleichsweise allgemeine Fragen im Rahmen einer verbindlichen strukturierten Mitarbeiterbefragung zu platzieren, wie etwa: „Sind Sie mit Ihren Arbeitsbedingungen in dieser Einrichtung zufrieden?“, „Würden Sie die Einrichtung anderen Pflegekräften als Arbeitsgeber weiterempfehlen?“, „Würden Sie Ihre Angehörigen in dieser Einrichtung versorgen lassen?“ Zwar könnte die einrichtungsbezogene Veröffentlichung der Befragungsergebnisse im Zuge des Public Reporting die Mitarbeiter beim Ausfüllen des Fragebogens in Interessen- und Loyalitätskonflikte bringen. Diese Gefahr dürfte geringer sein, wenn sich die Befragung auf die Arbeitszufriedenheit konzentriert. Ob und wie weit Pflegekräfte sich bei einer Befragung, deren Ergebnisse veröffentlicht werden, strategisch verhalten, ist allerdings unklar und müsste weiter untersucht werden.

Um das wertvolle Wissen der Erfahrungsträger für die Entscheidung bei der Auswahl einer Pflegeeinrichtung nutzbar zu machen, sind Befragungen von Pflegebedürftigen, Angehörigen oder Mitarbeitern zwar besonders geeignet. Jeder dieser Befragungstypen ist aber mit spezifischen methodischen Problemen behaftet. So ist in jedem Fall sicherzustellen, dass eine solche Befragung von einem externen Institut durchgeführt wird, sodass die Einrichtung keinen Einfluss auf die Auswahl der Befragten oder gar das Ausfüllen des Fragebogens nehmen kann. Der Vorteil von Befragungen ist allerdings, dass man über die Adressierung der jeweiligen Erfahrungsträger die Ergebnisse einer bestimmten Perspektive, eben der Pflegebedürftigen, Angehörigen oder Mitarbeiter klar zuordnen und somit auch kontextbezogen bewerten kann. Auch Entwicklungen im Zeitablauf, die etwa eine mögliche zunehmende Arbeitsverdichtung und damit einhergehende Arbeitsbelastung und Unzufriedenheit messen könnten, wären wichtige Informationen in das Pflegesystem insgesamt.

8.5.4 Freitexte und Onlineratings

Etwas anders liegen die Dinge bei Freitexten oder Onlineratings, wie sie inzwischen in vielen Branchen

üblich sind. Dabei werden beide Komponenten häufig kombiniert (z.B. Freitext plus 5-Sterne-Bewertung). Das Rating kann in einer einfachen Frage oder einem kurzen Set von Fragen bestehen, die jeweils mit einem Mausclick beantwortet werden können. Gegenüber dem Klickrating haben Freitexte den Vorteil, dass sie im besten Fall einen qualitativen Eindruck oder konkrete Erlebnisse mit symptomatischer Bedeutung vermitteln können. Bei Freitextauskünften müssen die Pflegeanbieter indes die Möglichkeit zur Kommentierung erhalten. Aufgrund des auf absehbare Zeit geringen Anteils von pflegebedürftigen Onlinern dürften diese Instrumente derzeit eher für Angehörige oder Mitarbeiter geeignet sein. Allerdings ist hier eine klare Zuordnung zu den jeweiligen Erfahrungsträgergruppen kaum möglich. Als Quelle für das Erfahrungswissen im Rahmen einer Qualitätsberichterstattung im Internet erscheinen somit Freitextauskünfte in Kombination mit einem Rating der Einrichtung auf Basis eines Kurzfragebogens als durchaus geeignetes Verfahren, um Erfahrungswissen zu generieren. Allerdings sind diese Befunde deutlich manipulationsanfälliger als Ergebnisse einer strukturierten und von einem externen Institut durchgeführten Befragung.

Den Goldstandard zur Erhebung von Erfahrungswissen gibt es derzeit offenbar nicht. Gleichwohl suchen Nutzer in ihrem Orientierungsprozess verstärkt nach genau solchen Informationen. Anstatt ihnen diese wegen methodischer Bedenken vorzuenthalten, erscheint es sinnvoller, die Ergebnisse von Befragungen, Erfahrungsberichte oder Onlineratings so zu kommunizieren, dass die jeweiligen Begrenzungen transparent gemacht werden. So kann sich der Nutzer ein eigenes Bild machen – ohne die Vermittlung von Erfahrungswissen wäre das aber gar nicht möglich.

8.6 Open-Data-Prinzip, Datenmanagement

8.6.1 Grundsatz und gesetzlicher Rahmen

Daten sind die wichtigste Ressource für ein wirksames Public Reporting. Sie ermöglichen einerseits die nötige Pflege- und Versorgungsforschung, um Zusammenhänge zwischen Leistung, Kosten und Qualität und deren Einflussfaktoren herauszufinden. Sie sind gleichzeitig auch die unabdingbare Grundlage für eine wirksame Verbraucherinformation. Außerdem soll-

ten die Daten auch als Informationsressource für das Qualitätsmanagement der Pflegeanbieter gesehen werden.

An allen drei Endpunkten – Forschung, Verbrauchereinfor-mation, einrichtungsinternes Qualitätsmanagement – sind diverse Akteure aktiv und auf diese Daten als Grundlage ihrer Arbeit angewiesen, die namens und im Auftrag der Versichertengemeinschaft erhoben werden. Um aus ihnen auch einen größtmöglichen Nutzen für die Versicherten zu ziehen, sollten diese Daten dem Open-Data-Prinzip unterliegen.

Diesem Gedanken ist der Gesetzgeber im Zuge des dritten Pflegestärkungsgesetzes (PSG III) gefolgt. Seit 2017 ist mit den §§ 7 Abs. 3, und 115 Abs. 1c SGB XI ein offener Datenzugang für Daten zu Pflegeanbietern etabliert, beschränkt allerdings auf die Nutzung zu nicht gewerblichen Zwecken. Der Datenzugang unterliegt Nutzungsbedingungen, die eine nicht missbräuchliche, nicht wettbewerbsverzerrende und manipulationsfreie Verwendung der Daten sicherstellen sollen. Als Modell für die Datenbereitstellung und entsprechende Nutzungsbedingungen nennt der Gesetzgeber ausdrücklich die Zurverfügungstellung der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser durch den Gemeinsamen Bundesausschuss.

8.6.2 Bereitstellung von Forschungsdaten

Das Public-Reporting-System in der Pflege sollte auch künftig als sich ständig fortentwickelndes System angelegt werden. Derzeit sind noch viele (Forschungs-)Fragen offen, wie Pflegequalität gemessen werden kann und welche Indikatoren geeignet sind, um als Vergleichsmerkmal aus Nutzerperspektive zu dienen. Ein lernendes Public-Reporting-System kann allerdings nur dann Fortschritte machen, wenn die nötige Forschungsgrundlage – statistisch belastbare Daten – zur Weiterentwicklung praktikabler Indikatoren frei zur Verfügung steht.

Deshalb sollte der neue „Pflege-TÜV“ auch solche Daten und Indikatoren erheben, deren Eignung als Vergleichsmerkmal für Verbraucher bislang noch fraglich ist, um sie dann – gegebenenfalls anonymisiert – als Forschungsdatensatz zu publizieren. Da dieser Datensatz naturgemäß auf einer Vollerhebung beruht, besteht die Chance, deutlich schneller als bislang Zusammenhänge zwischen Prozess- und Ergebnisqualität zu identifizieren und daraus für eine verglei-

chende anbieterbezogene Darstellung und Bewertung geeignete Indikatoren zu ermitteln. Umgekehrt sollten Indikatoren, die sich als nicht aussagekräftig herausstellen und gleichzeitig nicht von praktischem Interesse für Nutzer sind, von der weiteren Erhebung ausgeschlossen werden.

Der mögliche Erhebungsaufwand für die Pflegeanbieter steht dem nicht entgegen, sofern Daten herangezogen werden, die den Pflegeanbietern ohnehin vorliegen, etwa Personaldaten, oder die aus den bei den Pflegekassen vorliegenden Versorgungsverträgen entnommen werden (vgl. Kapitel 4.3.1).

8.6.3 Bedingungen für eine nutzerorientierte Datenaufbereitung

Nutzer der Daten sind wie dargelegt sowohl Endverbraucher als auch Experten (Beratungsstellen) und Forschungseinrichtungen. Die gesetzlich vorgesehenen Datennutzungsbedingungen für den Bezug und die Weiterverwendung von anbieterbezogenen Daten müssen auch eine zweckgerechte Datennutzung erlauben.

Im Hinblick sowohl auf die Endverbraucher als auch auf Experten bedeutet dies, dass sie ermöglichen müssen, die Informationen mittels digitaler Filter- und Sortierfunktionen zu erschließen und verbraucherorientiert zu aggregieren. Ergänzend zu aggregierten Werten müssen stets auf dahinterstehenden Informationsebenen die zugrunde liegenden Detail- und Rohdaten für die Nutzer abrufbar sein.

Dies setzt einen Zugriff auf die Rohdaten voraus. Umgekehrt schließen diese Anforderungen es aus, dass die Nutzungsbedingungen eine bestimmte Art der Darstellung von Informationen vorschreiben, wie es bspw. die derzeit geltende Pflegetransparenzvereinbarung für die Pflege-Transparenzberichte vorsehen. Diese legen eine Darstellung als Liste fest. Alternative Zusammenfassungen zu den Pflegenoten sind den Vereinbarungspartnern nicht erlaubt.

Im Hinblick auf die Forschung bedeutet das, dass die Datennutzungsbedingungen erlauben müssen, die Daten wirklich inhaltlich frei beforschen zu können. Dazu gehört auch, beliebig Teildaten herauszugreifen, sie mit anderen Daten und Informationen zusammenzufügen und in eigener Verantwortung Schlüsse zu ziehen.

Prinzipiell genügt es, in solchen Datennutzungsbedingungen die gesetzlichen Vorgaben umzusetzen, d. h. eine nicht missbräuchliche, nicht wettbewerbsverzerrende und manipulationsfreie Verwendung der Daten sicherzustellen.

8.6.4 Etablierung eines effizienten, subsidiären Datenmanagements

Ein nutzerorientiertes, internetgestütztes Public Reporting erfordert ein effizientes digitales Datenmanagement (Abbildung 12). Ziel muss sein, dass das Datenmanagement die erforderlichen Kosten und Aufwände aller Beteiligten – insbesondere für die Landesverbände der Pflegekassen (Versichertenbeiträge!) sowie für die Pflegeanbieter – so gering wie möglich hält.

Am effizientesten ist eine organisatorisch subsidiäre, technisch jedoch zentralisierte Datenerfassung. Das bedeutet, Doppelerfassungen zu vermeiden und vorrangig alle digital ohnehin vorhandenen Daten zu konsolidieren – das betrifft insbesondere die bislang zwischen den Pflegekassen in ungleicher, teils nicht maschinenlesbarer Form ausgetauschten Daten aus den Versorgungsverträgen. Die Folge davon sind widersprüchliche und teilweise veraltete Angaben auf den Informationsportalen der Pflegekassen. Auch die Pflegeanbieter dürfen nicht durch unnötige Aufwände oder Kosten belastet werden, etwa für die Beschaffung, Installation und Wartung von Software, wie es im Krankenhausbereich geübte Praxis ist.

Die Informationsverbreitung hingegen sollte organisatorisch und technisch dezentral gestaltet werden, um einen möglichst hohen Nutzwert durch weite Verbreitung und Aufbereitung für unterschiedliche Nutzergruppen zu ermöglichen.

Das Datenmanagement sollte auch einen einfachen Zugang für die Anbieter selbst sowie für zugriffsberechtigte, registrierte Experten ermöglichen, etwa indem konsolidierte Datensätze für Forschungseinrichtungen bereitgestellt werden.

Des Weiteren muss das Datenmanagement folgende Anforderungen erfüllen:

- Bündelung und Konsolidierung verschiedener Informationsquellen
- hohe Aktualität

- Organisation einer manipulationssicheren, datentechnisch konfliktfreien Datenerfassung
- manipulations- und revisions sichere Datenspeicherung
- Historisierung von Datenbeständen
- 24/7-Verfügbarkeit
- verschlüsselte Datenübermittlung
- hohe Datensicherheit
- Erfüllung geltender Datenschutzvorschriften

Zur Erfüllung der genannten Ziele und Anforderungen eignet sich am besten eine zentrale Datenhaltung in Form eines Data Warehouse (Abbildung 12). Ein Data Warehouse ist vereinfacht gesagt eine Datenbank, die in der Lage ist, Daten aus unterschiedlichen Quellen zu verknüpfen und mit diesen gebündelten Daten sowohl Analysen zu ermöglichen, aber auch öffentliche oder geschlossene Systeme, etwa Informationsportale im Internet, mit Daten zu versorgen.

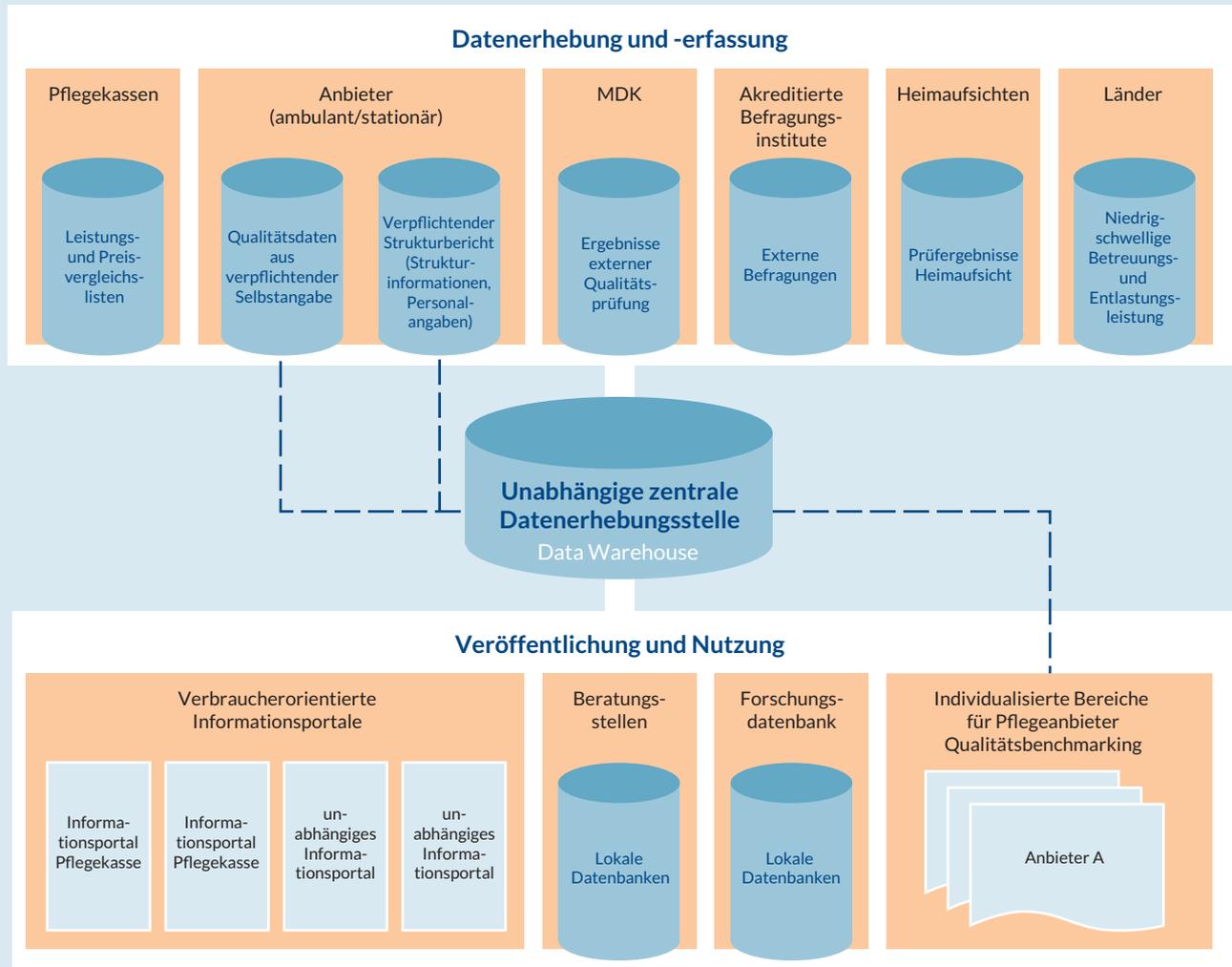
Das Data Warehouse wird durch eine automatisierte Datenschnittstelle von Onlinesystemen zur Erfassung verschiedener Informationen befüllt. Dazu gehören:

- Onlineerfassungsmaske für Anbieter zur Erfassung und Abgabe von Qualitätsdaten und für den Strukturbericht
- Erfassungsbereich für Prüfergebnisse von Prüfinstitutionen
- Importschnittstellen für Ergebnisse von Befragungen
- Importschnittstellen für die Prüfergebnisse weiterer anerkannter Institutionen, wie die Heimaufsichten

Das Data Warehouse stellt seine Daten ebenfalls über automatisierte Schnittstellen akkreditierten Abnehmern bereit. Dazu können bspw. – nach geltender Rechtslage – gehören:

- nicht gewerbliche Informationsportale

ABBILDUNG 12 Datenmanagementmodell



Quelle: Eigene Darstellung.

- nicht gewerbliche Pflegeberatungsstellen
- individualisierte Bereiche für Pflegeanbieter zur Datenanalyse (Qualitätsbenchmarking)
- Forschungsreinrichtungen im Sinne einer Forschungsdatenbank

Prinzipiell ist es möglich, auf die Datenschnittstellen in Echtzeit zuzugreifen, sodass auch Suchergebnisse auf Informationsportale stets die neuesten Daten verfügbar haben. In der Praxis hat sich jedoch ein tagesaktuell getakteter (nächtlicher) Datenabgleich

bewährt, um eine hohe Performanz der Systeme sicherzustellen.

Zugriffsberechtigungen müssen so gestaltet sein, dass offizielle, stichtagsbezogene Berichtsstände nicht unbefugt verändert werden können, sodass Prüfungen möglich sind. Gleichzeitig sind asynchrone und von Stichtagen unabhängige Datenaktualisierungen der Anbieter für definierte Datenbereiche im Interesse der Verbraucher zuzulassen. Beispielsweise sollten keine veralteten Kontaktdaten oder Ansprechpartner veröffentlicht werden.

Für die Zusammenführung von Informationen zu ein und demselben Anbieter aus diversen Datenquellen ist eine datentechnisch „eineindeutige“ Identifikationsnummer (ID) auf Standort- und Abteilungsebene zwingend erforderlich. Das geltende System der Institutionskennzeichen ist vorrangig zu Abrechnungszwecken konzipiert und für die nötige Konsolidierung womöglich nicht hinreichend geeignet. Daher muss gegebenenfalls eine Alternative oder Ergänzung zum geltenden System erarbeitet werden.

Im Datenmanagement müssen sogenannte Metadaten mitgeführt werden, die nachvollziehbar machen, woher Angaben stammen und von wem und wann sie zuletzt geändert wurden. Ein Teil dieser Metadaten, insbesondere Aktualisierungsdaten und Quellen, sind für Verbraucher zu veröffentlichen.

8.6.5 Transparenz über die Datenquellen

Die Berichterstattung muss auch Transparenzinformationen über den jeweiligen Betreiber der Website und deren Inhalte einschließen. Die Datenquellen und deren Aktualität im Einzelnen müssen an geeigneter Position angegeben werden.

Mögliche Interessenkonflikte bei der Beratung bzw. Informationsvermittlung sind offenzulegen.

Beteiligte Expertinnen und Experten

Wir danken folgenden Expertinnen und Experten für ihre kritische Unterstützung:

Olaf Christen

Sozialverband VdK

Dr. Lena Dorin

Bundesarbeitsgemeinschaft
der Senioren-Organisationen (BAGSO)

Mathias Fünfstück

Universität Bremen

Prof. Dr. Gerd Gigerenzer

Max-Planck-Institut für Bildungsforschung

Sabine Jansen

Deutsche Alzheimer Gesellschaft

Dr. Mirjam Jenny

Max-Planck-Institut für Bildungsforschung

Prof. Dr. Heinz Rothgang

Universität Bremen

Florian Schönberg

Sozialverband Deutschland e.V. (SoVD)

Sabine Strüder

Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz

Wir danken allen Einrichtungsleitern und Praktikern, die uns einen Einblick in ihre Arbeit gewährten, für ihre hilfreichen Hinweise.

Wir danken der Digitalagentur mediaworx, Berlin, für die konzeptionelle Unterstützung bei der Entwicklung des idealtypischen Informationsangebots.

Literaturverzeichnis

Anliker, Markus (2007). *RAI-NH-Handbuch, RAI für Alters- und Pflegeheime*. St.Gallen.

Avery, Kerry, Jenny Donovan, Tim J. Peters, Christine Shaw, Momokazu Gotoh und Paul Abrams (2004). "ICIQ: A brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence". *Neurourol Urodyn* (23) 4. 322-330.

Becker, Stefanie, Ramon Kaspar und Andreas Kruse (2006). „Die Bedeutung unterschiedlicher Referenzgruppen für die Beurteilung der Lebensqualität demenzkranker Menschen“. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* (39). 350-357.

Becker, Stefanie, Andreas Kruse, Johannes Schröder und Ulrich Seidl (2005). „Das Heidelberger Instrument zur Erfassung von Lebensqualität bei Demenz (H.I.L.DE.)“. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* (38). 108-121.

Bundesministerium für Gesundheit (2015). „Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften“. www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/Kabinetts-Entwurf_PSG-II.PDF (Download 17.2.2017).

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). "Five-Star Quality Rating System Technical Users' Guide". www.cms.gov/Medicare/Provider-Enrollment-and-Certification/CertificationandCompliance/Downloads/usersguide.pdf (Download 6.3.2017)

Coast Joanna , Terry N. Flynn, Lucy Natarajan, Kerry Sproston, Jane Lewis, Jordan J. Louviere und Tim J. Peters (2008). "Valuing the ICECAP capability index for older people". *Social Science & Medicine* (67) 5. 874-882.

Cohn, James, und Judith A. Sugar (1991). "Determinants of Quality of Life in Institutions: Perceptions of Frail Older Residents, Staff, and Families". *The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly*. Hrsg. James E. Birren, James E. Lubben, Janice Cichowlas Rowe und Donna E. Deutchman. San Diego CA: Academic Press. 28-49.

Department of Health and Human Services (1995). „Quality of Life Assessment Resident Interview“. www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/Downloads/CMS806A.pdf (Download 17.2.2017).

Donabedian, Avedis (1980). "The definition of quality and approaches to its assessment. Explorations in quality assessment and monitoring". Ann Arbor MI: Health Administration Press.

- EORTC Quality of Life Department.** „EORTC QLQ-C30 questionnaire“. <http://groups.eortc.be/qol/eortc-qlq-c30> (Download 6.3.2017)
- Geraedts, Max, Thomas Brechtel, Ralf Zöll und Peter Hermeling (2011).** „Beurteilungskriterien für die Auswahl einer Pflegeeinrichtung“. *Gesundheitsmonitor* 2011. Hrsg. Jan Böcken, Bernhard Braun und Uwe Repschläger. Gütersloh. 155–170.
- Greß, Stefan, und Klaus Stegmüller (2016).** „Gesetzliche Personalbemessung in der stationären Altenpflege“. Hochschule Fulda, Fachbereich Pflege und Gesundheit. Fulda. https://www.verdi.de/+++file++56cd87e7bdf98d086200021a/download/Gutachten_gress_stegmueller.pdf (Download 16.3.2017).
- Hackmann, Tobias, Ronna Klein, Tina Schneidenbach, Markus Anders und Janko Vollmer (2016).** „Pflegeinfrastruktur – Die pflegerische Versorgung im Regionalvergleich“. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/pflegeinfrastruktur/ (Download 3.3.2017):
- Hasseler, Martina, Renate Stemmer, Michael Macsenaere, Jens Arnold und Manuela Weidekamp-Maicher (2016).** „Entwicklung eines wissenschaftlich basierten Qualitätsverständnisses für die Pflege- und Lebensqualität“. Düsseldorf und Wolfsburg.
- Heimverzeichnis gGmbH.** „Altenheime, Pflegeeinrichtungen und Seniorenresidenzen mit Lebensqualität“. <http://www.heimverzeichnis.de/> (Download 6.2.2017).
- Hoffmann, Frédérique et. al. (2010).** „Verbesserung messen. Ergebnisorientierte Qualitätsindikatoren für Alten- und Pflegeheime“. Wien.
- Kane, Rosalie, Kristen C. Kling, Boris Bershinsky, Robert L. Kane, Katherine Giles, Howard B. Degenholtz, Liu Jiexin und Lois J. Cutler (2003).** „Quality of Life Measures for Nursing Home Residents“. *The journals of gerontology*. Series A, Biological sciences and medical sciences (58). 240–248.
- Lien, Laura L. (2013).** „Person-environment fit and adaptation: exploring the interaction between person and environment in older age“. Corvallis OR: Oregon State University.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS).** „Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der stationären Pflege“. www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/PV_Qualitaetspruefung/2016_10_04_QPR-Teil_2_sP_Anlage_1_genehmigt.pdf (Download 22.2.2017).
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS).** „Qualitätsprüfungen - Rechtliche Grundlagen“. <https://www.mds-ev.de/richtlinien-publikationen/pflegeversicherung/qualitaetspruefungen-rechtliche-grundlagen.html> (Download 17.03.2017)
- Meyer, Roger, und Liane Schenk (2009).** „Lebenswelt Pflegeheim – Konzeptualisierung, Messung und Analyse von Lebensqualität in der stationären Pflege (QUISTA)“. https://medsoz.charite.de/forschung/medizinische_und_pflegerische_versorgungsforschung/lebenswelt_pflegeheim_konzeptualisierung_messung_und_analyse_von_lebensqualitaet_in_der_stationaeren_pflege_quista/ (Download 6.3.2017).
- Oswald, Frank, Hans-Werner Wahl, Peter Antfang, Harry Schmidt, Alfons Maurer und Christof Heusel (2014).** *Lebensqualität in der stationären Altenpflege mit INSEL – Konzeption, praxisnahe Erfassung, Befunde und sozialpolitische Implikationen*. Münster.

- Palme, Imma, und Susanne Völkl (2010).** „Lebensqualität im Alter“. Wien. Personal Social Services Research Unit. „ASCOT – Adult Social Care Outcomes Toolkit“. www.pssru.ac.uk/ascot/ (Download 06.03.2017)
- Rothgang, Heinz, Susanne Sünderkamp und Christian Weiß (2014).** „Analyse der ambulanten und stationären Pflegenoten hinsichtlich der Nützlichkeit für den Verbraucher“. *Pflege* (27) 5. 325–336.
- Schenk, Liane, Roger Meyer, Anja Behr, Adelheid Kuhlmeier und Martin Holzhausen (2013).** „Quality of life in nursing homes: results of a qualitative resident survey“. *Quality of Life Research* (22). 2929–2938.
- Schwenk, Uwe, und Sebastian Schmidt-Kaehler (2016).** „Public Reporting“. *Spotlight Gesundheit* 1/2016. www.bertelsmann-stiftung.de/de/unsere-projekte/weisse-liste/projektnachrichten/public-reporting/ (Download 30.12.2016).
- Vaarama, Marja, Richard Pieper und Andrew Sixsmith (2008).** „The General Framework and Methods of the Care Keys Research“. *Care-Related Quality of Life in Old Age*. Hrsg. Marja Vaarama, Richard Pieper und Andrew Sixsmith. Berlin. 3–18.
- von dem Knesebeck, Olav, Katrin David, Petra Bill und RTeinhold Hiki (2006).** „Aktives Altern und Lebensqualität – Evaluationsergebnisse eines WHO-Demonstrationsprojektes“. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* (39). 82–89.
- Wahl, Hans-Werner, und Ulrich Schneekloth (2007).** „Der Hintergrund: Forschungen zur Lebensführung in stationären Einrichtungen.“ *Integrierter Abschlussbericht: Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen* (MuG IV). Hrsg. Hans-Werner Wahl und Ulrich Schneekloth. Berlin.
- Weidekamp-Maicher, Manuela (2016).** „Messung von Lebensqualität in der stationären Pflege – Ein Rahmenmodell“. www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/qualitaet_in_der_pflege/wiss_qualitaetsverstaendnis/2016-08-25_Fachtagung_Qualitaet_Lebensqualitaet_in_der_stationaeren_Pflege_Weidekamp-Maicher_.pdf (Download 3.3.2017).
- Weisse Liste (o. J.).** „Checkliste Pflegeheimauswahl“. www.weisse-liste.de/export/sites/weisseliste/pdf/Checkliste_Pflegeheim_0106.pdf (Download 06.03.2017).
- Wingefeld, Klaus (2003).** „Studien zur Nutzerperspektive in der Pflege“. Bielefeld: Institut für Pflegewissenschaft Universität Bielefeld.
- Wingefeld, Klaus, Dietrich Engels, Thomas Kleina, Simone Franz, Silke Mehlan und Heike Engel (2011).** *Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe – Abschlussbericht*. www.bagfw.de/fileadmin/user_upload/Abschlussbericht_Ergebnisqualitaet_.pdf (Download 3.3.2017).
- World Health Organisation (WHO) (2004).** „The World Health Organisation Quality of Life (WHOQOL) - BREF.“ www.who.int/substance_abuse/research_tools/en/english_whoqol.pdf (Download 6.3.2017)

Impressum

© März 2017
Bertelsmann Stiftung, Gütersloh

Verantwortlich
Uwe Schwenk

Autoren
Johannes Strotbek
Dr. Stefan Etgeton
Stefan Palmowski
Dr. Axel Schuhen
Dr. Miriam Schmuhl

Titelfoto
Juliane Werner

Gestaltung
Markus Diekmann, Bielefeld

Eine Zusammenfassung dieser Inhalte, eine Liste mit zu erhebenden Daten sowie die Visualisierung eines idealtypischen Informationsangebots finden Sie im Internet auf

www.weisse-liste.de/public-reporting-pflege

Adresse | Kontakt

Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Straße 256
33311 Gütersloh
Telefon +49 5241 81-0

Dr. Stefan Etgeton
Senior Expert Programm
Versorgung verbessern – Patienten informieren
Telefon +49 30 31987050-16
Telefax +49 5241 81-681314
stefan.etgeton@bertelsmann-stiftung.de

Weisse Liste gemeinnützige GmbH
Leipziger Straße 124
10117 Berlin
Telefon +49 30 319 870 50 0

Johannes Strotbek
Projektmanager
Telefon +49 30 31987050-20
Telefax +49 30 31987050-40
johannes.strotbek@weisse-liste.de

www.weisse-liste.de

www.bertelsmann-stiftung.de