

Revidierte  
Fassung



**Gutachten | Fragebogen | Leitfaden  
Angehörigenbefragung  
in der stationären Altenpflege**



# Gutachten | Fragebogen | Leitfaden Angehörigenbefragung in der stationären Altenpflege

Konzept zur Befragung von Angehörigen zur  
Qualitätseinschätzung der Versorgung in Einrichtungen  
der stationären Langzeitpflege zum Zwecke der  
Verbraucherinformation, Verbesserung der Versorgung  
sowie Unterstützung behördlicher Aufsichtstätigkeit

– Revidierte Fassung vom März 2023 –

Informationen zum Projekt finden Sie im Internet auf

[www.weisse-liste.de/public-reporting-pflege](http://www.weisse-liste.de/public-reporting-pflege)

# Inhalt

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>7</b>
<b>Teil A – Überblick und Zusammenfassung</b>		<b>9</b>
<b>2</b>	<b>Projektziele</b>	<b>10</b>
<b>3</b>	<b>Vorgehensweise</b>	<b>11</b>
<b>4</b>	<b>Kommentar zu den vorliegenden Projektergebnissen</b>	<b>16</b>
<b>Teil B – Theoretisches Gutachten zur Qualitätsmessung in der stationären Pflege</b>		<b>17</b>
<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>19</b>
<b>2</b>	<b>Stand der Diskussion</b>	<b>20</b>
2.1	Qualitätsbegriff in der Pflege	20
2.2	Qualitätsmodelle	21
2.3	Qualitätsdefinierende Faktoren	25
2.3.1	Anforderungen an Qualität aus rechtlicher Perspektive	25
2.3.2	Anforderungen an Qualität aus pflegewissenschaftlicher Perspektive	28
2.3.3	Anforderungen an Qualität aus Bewohnerperspektive	31
2.3.4	Anforderungen an Qualität aus der Angehörigenperspektive	33
2.4	Qualitätsmessung in der Pflege	37
<b>3</b>	<b>Einschätzung und Empfehlungen</b>	<b>41</b>
3.1	Qualitätsbegriff der stationären Pflegeversorgung	41
3.2	Methodologische Vorgehensweise zur Qualitätseinschätzung	42
3.3	Nutzbare Dimensionen und Merkmale zur Qualitätseinschätzung aus der Angehörigenperspektive	44
3.4	Möglichkeiten und Grenzen der Angehörigenbefragung	49
<b>Literatur</b>		<b>50</b>

<b>Teil C – Fragebogen zur Angehörigenbefragung in der stationären Langzeitpflege</b>	<b>53</b>
<hr/>	
Fragebogen zur Angehörigenbefragung (Originalfassung von 2019)	54
Fragebogen zur Angehörigenbefragung (Revidierte Fassung von 2023)	63
<b>Teil D</b>	<b>69</b>
<hr/>	
<b>1 Hintergrund</b>	<b>71</b>
<b>2 Zuordnung der Fragen zu Qualitätsdimensionen</b>	<b>73</b>
<b>3 Methoden der Analyse</b>	<b>77</b>
<b>4 Darstellung der Ergebnisse</b>	<b>82</b>
4.1 Optionen zur Ergebnisdarstellung	82
4.2 Ergebnisdarstellung in der Pflegeheimsuche der Weissen Liste	88
<b>5 Umgang mit den individuellen Ergebnissen</b>	<b>90</b>
5.1 Perspektive der Einrichtungen	90
5.2 Perspektive der Aufsichtsbehörden	90
5.3 Perspektive der Verbraucher	92
<b>Literatur</b>	<b>92</b>
<hr/>	
<b>Danksagung   beteiligte Experten</b>	<b>93</b>
<b>Impressum</b>	<b>94</b>

# Tabellen und Abbildungen

## Teil B

### Tabellen

TABELLE 1	Heuristisches Qualitätsmodell nach Hasseler	39
TABELLE 2	Heuristisches Qualitätsmodell in Anlehnung an Hasseler	45
TABELLE 3	Dimensionen der Versorgungsqualität und deren Merkmale	47

### Abbildungen

ABBILDUNG 1	Das Struktur-Prozess-Ergebnis-Modell nach Donabedian	23
ABBILDUNG 2	Quality-health-outcome-Modell von Mitchell et al.	24
ABBILDUNG 3	Ergebnisse der Nutzerbefragung der Weissen Liste	37
ABBILDUNG 4	Hierarchisch-mehrdimensionale Konstrukte	40
ABBILDUNG 5	Zuordnung der Dimensionen zur Lebensqualität	43

## Teil D

### Tabellen

TABELLE 1	Itemzuordnung zu den übergeordneten Dimensionen (Originalfragebogen von 2019)	74
TABELLE 2	Itemzuordnung zu den übergeordneten Dimensionen (Revisionsfassung von 2023)	76
TABELLE 3	Auswertungsmuster Gegenüberstellung kumulierter Häufigkeitsverteilungen	78
TABELLE 4	Kumulierte Häufigkeitsverteilung in einer Dimension	79
TABELLE 5	Vergleich einzelner Einrichtungen am Kollektiv	80

### Abbildungen

ABBILDUNG 1	Darstellungsmuster Polardiagramm zum Vergleich zweier Datensätze in einer Antwortkategorie	82
ABBILDUNG 2	Tornado-Diagramm zum Vergleich zweier Datensätze in einer Antwortkategorie	83
ABBILDUNG 3	Bullet-Chart-Diagramm zum Vergleich zweier Datensätze in einer Antwortkategorie	84
ABBILDUNG 4	Darstellungsmuster mehrdimensionales Säulendiagramm zum Vergleich zweier Datensätze in einer Antwortkategorie	85
ABBILDUNG 5	Darstellungsmuster komplementäres Säulendiagramm zu Abbildung 4	85
ABBILDUNG 6	Darstellungsmuster vergleichendes Säulendiagramm für den Abgleich zwischen Einrichtung und Benchmark in einer Dimension	86
ABBILDUNG 7	Säulendiagramm zur Gegenüberstellung der Abweichungen zu den Endpolen	87
ABBILDUNG 8	Tree-Map-Diagramm zur Darstellung von dimensionalen Verhältnissen in einer Antwortkategorie	87
ABBILDUNG 9	Screenshot Layer Detailprofil, aggregierte Darstellung, Weisse Liste Pflegeheimsuche	89
ABBILDUNG 10	Screenshot Layer Detailprofil, vollständige Darstellung, Weisse Liste Pflegeheimsuche	89

# 1 Einleitung

---

Die Bertelsmann Stiftung hat im Jahr 2017 in ihrem Projekt Weisse Liste Vorschläge für ein neues Qualitätsprüfungs- und Veröffentlichungssystem für die Altenpflege in den fachlichen und politischen Diskurs eingebracht.<sup>1</sup>

Ziel war es, die bislang vornehmlich aus der Perspektive der Qualitätssicherung getriebene Reformdebatte um die Verbraucherperspektive zu ergänzen und darauf hinzuwirken, die Anforderungen und Bedürfnisse der Verbraucher stärker als bislang zu berücksichtigen.

Dabei stehen das Informationsinteresse und Rezeptionsverhalten der Verbraucher im Zentrum der Betrachtung. Ihnen soll die Qualitätsberichterstattung Orientierung bei der Strukturierung der notwendigen Entscheidungsprozesse und der Auswahl eines passenden Pflegeanbieters geben.

Einer der sechs übergeordneten Reformvorschläge des vorgelegten Reformkonzepts war, das Erfahrungswissen der an der Pflege Beteiligten zu erschließen und zu veröffentlichen.

**Hierzu waren zwei Kernergebnisse leitend:**

- „Nutzer wollen wissen, welche Erfahrungen andere bei dem jeweiligen Pflegeanbieter gemacht haben und ob sie ihn daraufhin weiterempfehlen würden.“
- „Die Ergebnisse systematischer Befragungen von Angehörigen und/oder Mitarbeitern stellen wichtige Informationsquellen dar. Für eine bessere Aussagekraft können gezielt kritische Ereignisse sowie Aussagen zur Weiterempfehlung erhoben werden.“

Mit dem jetzt vorliegenden Konzept wurde ein wissenschaftlich fundiertes, praxisorientiertes Instrument zur Befragung von Angehörigen Pflegebedürftiger in der stationären Langzeitpflege entwickelt, dessen Ergebnisse einrichtungsbezogen veröffentlicht werden können. Das Instrument ist zunächst darauf ausgerichtet und dazu geeignet, von Bundesländern als Element der Qualitätssicherung sowie zur Verbraucherinformation und damit zur Förderung der Qualitätstransparenz in der Pflege eingesetzt zu werden. Perspektivisch ist auch der Einsatz auf Bundesebene möglich.

Das Konzept schließt somit an die bereits vorgelegten Reformvorschläge an und liefert für die Erschließung des Erfahrungswissens in der Pflege als wesentliches Element der Qualitätsberichterstattung die nötige Konkretisierung – bis hin zum anwendungsfertigen Fragebogen mit dazugehörigen Auswertungs- und Handlungsleitlinien zum Umgang mit den Ergebnissen.

Das beabsichtigte Nutzenpotenzial und damit die Zielstellung der wissenschaftlichen und konzeptionellen Arbeit wurden erweitert. Nicht nur Verbraucher, also Pflegebedürftige und Angehörige auf der Suche nach

---

<sup>1</sup> Strotbek, J., Etgeton, S., Palmowski, S., Schuhen, A., Schmuhl, M. und Schwenk, U.: Reformkonzept - Verbraucherorientierte Qualitätsberichterstattung in der Pflege: Anforderungen und Lösungsvorschläge mit besonderem Blick auf Lebensqualität, Personalausstattung und Erfahrungswissen, Gütersloh, 2017. Abrufbar unter [www.weisse-liste.de/public-reporting-pflege](http://www.weisse-liste.de/public-reporting-pflege)

---

einem geeigneten und guten Heim, sondern auch die Einrichtungen selbst sowie die zuständigen Aufsichtsbehörden sollen aus den Befragungsergebnissen einen Nutzen ziehen können.

Im Wege einer Entwicklungskooperation mit der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Stadt Hamburg wurde die Befragung im November 2019 in Hamburg auf Grundlage der dortigen landesgesetzlichen Regelung erstmals flächendeckend eingesetzt und mithin pilotiert. Die Auswertung übernahm das statistische Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein. Mit den gewonnenen Erkenntnissen wurde die Methodik, insbesondere die Operationalisierung im Fragebogen angepasst. Zudem konnten Erkenntnisse zur Optimierung der Prozesse zur Durchführung und Auswertung gewonnen werden.

Aus Sicht der Weissen Liste ist es mit der vorliegenden, nun revidierten Angehörigenbefragung möglich, die zunächst abstrakte Anforderung an die Qualitätsberichterstattung, Erfahrungswissen als Informationsquelle und -instrument zu integrieren, in die Praxis umzusetzen und damit Verbraucher besser über die Qualität von Pflegeheimen zu informieren.

Im Interesse der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen wäre ein flächendeckender Einsatz dieser Befragung zum Zwecke der Qualitätsentwicklung, Qualitätsberichterstattung und insbesondere zur Verbraucherinformation wünschenswert.



Teil A

---

# Überblick und Zusammenfassung

## 2 Projektziele

---

Ziel des Projektes war es, ein wissenschaftlich fundiertes und praktikables Instrument zur Befragung von Angehörigen zu entwickeln. Die Befragungsmethodik sollte so angelegt sein, dass die Befragungsergebnisse drei Zwecke erfüllen:

- 1. Die Ergebnisse sollen anderen Pflegebedürftigen und Angehörigen helfen,** ein passendes und gutes Heim zu finden.
- 2. Die Ergebnisse sollen es den Einrichtungen ermöglichen,** offen und systematisch Lob und Kritik zu erhalten, sich mit dem Wettbewerb hinsichtlich diverser Qualitätsaspekte zu vergleichen und konkrete Anhaltspunkte für Qualitätsverbesserungen zu gewinnen.
- 3. Die Ergebnisse sollen zuständigen Aufsichtsbehörden helfen,** Hinweise auf Schwachpunkte und Verbesserungsmöglichkeiten der Einrichtungen zu erhalten und damit die kontinuierliche Beratung und Prüfung der Einrichtungen zu unterstützen.

Die Befragung soll geeignet sein, deren Ergebnisse einrichtungsbezogen möglichst umfänglich, sachgerecht und rechtssicher zu veröffentlichen.

Die Entwicklung des Befragungsinstruments sollte daher sowohl Erkenntnisse zum Verbraucherinteresse als auch die wissenschaftliche Debatte um die Definition von Qualität in der Pflege sowie landesrechtliche Qualitätsvorgaben berücksichtigen.

Mit dieser multidimensionalen Zwecksetzung sollen sowohl konkrete Qualitätsverbesserungen auf Einrichtungsebene als auch der Qualitätswettbewerb insgesamt angeregt und unterstützt werden. Gleichzeitig soll die Befragung wirksamer Teil einer verbraucherorientierten Qualitätsberichterstattung sein.

Ein Handlungsleitfaden soll das Befragungsinstrument komplettieren, um die praktische Anwendung zu unterstützen. Der Handlungsleitfaden umfasst sinnvolle und zulässige Methoden zur Auswertung, zur verbraucherorientierten Aggregation sowie zur systematischen Ableitung von Aktivitäten der Einrichtungen und Aufsichtsbehörden.

## 3 Vorgehensweise

Die Weisse Liste gemeinnützige GmbH beauftragte das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (DIP) mit der Entwicklung des Befragungsinstruments sowie des Handlungsleitfadens.

Die Weisse Liste übernahm dabei die Projektleitung und -koordination und nahm bei der konkreten Entwicklung des Fragebogens die Rolle eines Experten ein. Die letzte Entscheidung über die Inhalte und Formulierungen des Fragebogens lag beim wissenschaftlichen Institut.

Zur Unterstützung der konzeptionellen Entwicklung konnte die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Stadt Hamburg als begleitender Kooperationspartner gewonnen werden. Die Stadt Hamburg hat im jüngst novellierten Hamburgischen Wohn- und Betreuungsqualitätsgesetz die Durchführung einer Angehörigenbefragung zum Zwecke der Qualitätsberichterstattung und Verbraucherinformation verankert.

Die Befragung kam im November 2019 in Hamburg erstmals landesweit zum Einsatz. Nach einer Unterbrechung der Befragungsreihe aufgrund der Corona-Pandemie ist die nächste Erhebung dort für 2023 vorgesehen. Zum Einsatz kommt die revidierte Fassung des Fragebogens und die Befragung soll online erfolgen.

Folgende Schritte wurden im Projekt gegangen:

### 1. Wissenschaftliches Gutachten

Im ersten Schritt erstellte das DIP ein wissenschaftliches Gutachten, das als Grundlage der Instrumentenentwicklung diente. Dabei wurde der Stand der Wissenschaft so weit wie möglich berücksichtigt.

Als Ergebnis wurden Qualitätskonstrukte mit zugehörigen Dimensionen und Merkmalen definiert, die als logische Vorarbeit zur Entwicklung des konkreten Fragebogens dienten. Das vollständige Gutachten ist im Folgenden dargelegt.

### 2. Entwicklung eines Fragebogens in einem iterativen Prozess mit Experten und Betroffenen

Der Fragebogen wurde in mehreren Schritten entwickelt und dabei durch Experten- und Betroffenenmeinung verändert und optimiert. Der Fragebogen wird im Folgenden vollständig dargestellt.

- a. Entwicklung einer initialen Fragenliste mit zugehörigen Antwortdimensionen durch das DIP.
- b. Kritische Diskussion des Gutachtens sowie der einzelnen Fragen und Antwortdimensionen in einem Expertenbeirat aus Pflegewissenschaftlern, Vertretern der Betroffenenverbände, einer Vertreterin des Statistischen Amtes, Vertretern der Gesundheitsbehörde Hamburg sowie eines Vertreters der Hamburger Arbeitsgemeinschaft der Trägerverbände.
- c. Revision des Fragebogens durch das DIP auf Grundlage der vorangegangenen Erkenntnisse.
- d. Diskussion der einzelnen Fragen im Hinblick auf Verständlichkeit und Relevanz durch Vertreter der Landes- und Bezirkssenorenbeiräte der Stadt Hamburg, die der Zielgruppe sowohl der befragten Angehörigen als auch der Zielgruppe der Veröffentlichung der Befragungsergebnisse ähneln.

- e. Revision des Fragebogens durch das DIP.
- f. Diskussion der einzelnen Fragen des Fragebogens durch diverse interessierte Vertreter sowohl der Einrichtungen, der Aufsichtsbehörden, Pflegekassen, des Medizinischen Dienstes der Pflegekassen sowie Betroffenenverbände.
- g. Inhaltliche Finalisierung des Fragebogens durch das DIP sowie redaktionelle Überarbeitung mit einer Feinjustierung der thematischen Gruppierung mit dem Ziel, den Lese- und Bearbeitungsfluss zu erleichtern.

Im Zuge der Entwicklung des Fragebogens und der Diskussion mit Experten wurden folgende Festlegungen getroffen:

- a. Die Fragen werden so gestellt, dass mit den Ergebnissen auch die Ausweisung von Exzellenz möglich ist. Deshalb wird beispielsweise nicht nur erfragt, ob Erwartungen erfüllt werden, sondern auch, ob sie übertroffen wurden. Bei Items, bei denen nach der Zustimmung zu Aussagen gefragt wird, sind die Aussagen im Regelfall so formuliert, dass sie Exzellenz darstellen. Zwar fällt es den Einrichtungen aus strukturellen Gründen häufig schwer, Exzellenz „herzustellen“, etwa aufgrund Personalmangel oder begrenzter Vergütung, wie Experten anmerken. Dennoch wurde mehrheitlich festgestellt, dass Exzellenz durchaus möglich sei und besonders herausragende Leistungen – gerade und trotz schwererer Rahmenbedingungen – auch besonders herausgestellt werden sollte und für die Verbraucherinformation von hoher Relevanz ist. Der Fragebogen stellt damit keine Zufriedenheitsbefragung dar.
- b. Der Fragebogen ist nicht defizitorientiert formuliert. Die Fragen werden gegenüber den Einrichtungen und deren Mitarbeitern wertschätzend formuliert. Beispielsweise sind sämtliche Items, bei denen nach Zustimmung gefragt wird, positiv formuliert.
- c. Der Fragenblock zu kritischen Ereignissen wird nicht veröffentlicht. Hier können einzelne Antworten den Ruf einer Einrichtung nachhaltig schädigen, während gleichzeitig Missbrauch oder Fehlinterpretation von Sachverhalten nicht gänzlich ausgeschlossen werden kann. Um dennoch das Schutzinteresse der Betroffenen zu berücksichtigen, werden die Ergebnisse dieses Fragebogens zur Weiterverwendung durch die Aufsichtsbehörden empfohlen.
- d. Es werden nur Fragen aufgenommen, die von der überwiegenden Zahl der Angehörigen prinzipiell eingeschätzt werden können (sofern sie den fraglichen Aspekt erlebt haben bzw. eine Meinung dazu haben).
- e. Zur leichteren Lesbarkeit wird im Fragebogen in der Regel die weibliche Form genutzt. Hintergrund ist, dass die meisten Mitarbeiter/-innen als auch die meisten Bewohner/-innen weiblich sind.
- f. Die Fragen werden so gestellt, dass sie allein die Sicht und Perspektive der Angehörigen erfragen – nicht beispielsweise die berichtete Erfahrung oder Meinung der Pflegebedürftigen, die die Angehörigen wiedergeben könnten.
- g. Diverse Qualitätsmerkmale und -kriterien, die zwar aus Verbrauchersicht relevant und durchaus operationalisierbar wären, jedoch bereits von bestehenden (bzw. derzeit geplanten) Qualitätsprüf- und Messverfahren auf Landes- und Bundesebene umfasst oder womöglich von diesen präziser bewertet werden können, wurden nicht in den Fragebogen aufgenommen. Ein Beispiel ist die Quantität und fachliche Qualifikation des Personals. Dazu haben die Angehörigen zwar einen Eindruck, jedoch sind auf Bundesebene Personalangaben als Teil der künftigen Einrichtungsinformationen vorgesehen. Auch sieht beispielsweise die Stadt Hamburg eine Veröffentlichung dieser Angaben vor. Der Fragebogen ist also als komplementäres Instrument der Qualitätsberichterstattung konzipiert.

- h. Auf Fragen zu bestimmten Bedarfsgruppen oder solche, die sich auf Merkmale wie Herkunft, Alter, Religion oder soziale bzw. gesundheitsbezogene Merkmale beziehen, wurde bewusst verzichtet. Gründe dafür sind sowohl pragmatischer als auch konzeptioneller Art: Erstens würde diese Berücksichtigung den Umfang des Fragebogens deutlich erweitern und damit den Rahmen eines handhabbaren Fragebogens sprengen. Zweitens wäre dabei auf eine Gleichberechtigung der spezifischen Anspruchsgruppen zu achten, während die Anzahl der verschiedenen Gruppen und Gruppenkombinationen nahezu unendlich groß ausfällt. Drittens bezieht sich der Fragebogen schwerpunktmäßig auf generelle Qualitätsdimensionen wie etwa die Förderung der Selbstbestimmung, die letztlich für alle Bewohnerinnen einschlägig sind. Sie mögen bei besonders vulnerablen Gruppen zwar von besonderer Relevanz sein, verwirklichen sich jedoch bei ihnen nicht „anders“ – umgekehrt gelten gerade bei diesen Gruppen dieselben Qualitätskriterien erst recht und in gleicher Form, sind also mithin in gleicher Weise zu erfragen.
- i. Die Fragen beziehen sich bis auf zwei Ausnahmen allein auf die der Befragten zugehörigen Bewohnerin – nicht hingegen auf den Eindruck zu allen Bewohnerinnen.
- j. Die Befragten werden so gelenkt, dass sie Ihre Bewertung vornehmlich auf den Zeitraum der vergangenen drei Monate beziehen sollen, da dieser Zeitraum noch gut überblickbar ist.
- k. In diversen Fällen wurden Beispiele ergänzt, um Fragen verständlicher zu machen.
- l. Außerdem wurde in wenigen Fällen, in denen die Einrichtung nicht vollumfänglich für das erfragte Qualitätskriterium verantwortlich gemacht werden kann, dennoch aber zur entsprechenden Qualität beiträgt, entsprechende Hinweise ergänzt, um eine ungerechtfertigt negative Bewertung der Einrichtung zu vermeiden, falls den Befragten dieser Umstand nicht bewusst ist.

### 3. Entwicklung eines Handlungsleitfadens zum Fragebogen

Der Handlungsleitfaden enthält Vorschläge des DIP zur statistischen Auswertung und Darstellung der Ergebnisse und deren Grenzen sowie zu Möglichkeiten und Grenzen der Interpretation der Ergebnisse. Zudem wurden Anhaltspunkte und Vorschläge entwickelt, wie Einrichtungen und Aufsichtsbehörden die Ergebnisse weiterverarbeiten und nutzen können und welche Konsequenzen bei bestimmten Ergebnissen angeraten sein könnten.

### 4. Erstmalige Durchführung der Befragung

Beim ersten Befragungsdurchlauf in Hamburg wurden Angehörige von rund 18.000 Bewohnern – das entspräche der Anzahl verfügbarer Heimplätze – adressiert. Den Einrichtungen wurden dazu Pakete mit Fragebögen und Rückumschlägen bereitgestellt, die diese an die von den Bewohnern zu bestimmenden Angehörigen weiterleiten sollten. Zu 150 Einrichtungen wurden insgesamt 5216 ausgefüllte Fragebögen erfasst. Je nach Abschätzung der tatsächlich unbekanntem Auslastungsquote kann eine Rücklaufquote von etwa 32 Prozent oder mehr angenommen werden. Der Befragungsrücklauf wurde vom statistischen Landesamt unter Berücksichtigung der Handlungsempfehlungen zur Auswertung ausgewertet und in zwei Fassungen, einem Forschungsdatensatz sowie einem zur Veröffentlichung bestimmten Datensatz bereitgestellt. Die Befragungsergebnisse wurden von der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz im Internet unter [www.hamburg.de/pflegekompass](http://www.hamburg.de/pflegekompass) in einem neu erstellten Suchportal „Hamburger Pflegekompass“ veröffentlicht. Die Daten wurden zudem von der Weissen Liste übernommen und werden laufend aktualisiert und nutzerfreundlich aufbereitet in der Online-Pflegeheimsuche der Weissen Liste unter [www.weisse-liste-pflege.de](http://www.weisse-liste-pflege.de) veröffentlicht.

## 5. Auswertung und Revision des Fragebogens unter Expertenbeteiligung

Anhand der in Hamburg durchgeführten Befragungsergebnisse wurde eine umfassende Revision des Fragebogens vorgenommen. Zielstellung war zum einen, den Fragebogen dahingehend zu kontrollieren, ob die gestellten Fragen im Feld tatsächlich beantwortet werden und sie geeignet sind, zu diskriminieren. Fragen, die von einem großen Anteil der Befragten nicht beantwortet werden, und solche, die in der Praxis ungeeignet sind, unterschiedliche Qualitätseinschätzungen der Einrichtungen wiederzugeben, sollten ausgesondert werden. Zum anderen schien es wünschenswert, den umfangreichen Fragebogen möglichst zu verkürzen, um damit die Bereitschaft zum Ausfüllen und damit den Rücklauf zu erhöhen und gleichzeitig Durchführungskosten (Druck, Porto) zu reduzieren – hierbei allerdings so vorzugehen, dass kein maßgeblicher Erkenntnisverlust entsteht.

Die Revision erfolgte ihrerseits in mehreren Schritten:

- a. Mit dem Forschungsdatensatz führte das DIP sowohl eine deskriptive Analyse des Antwortverhaltens als auch eine sogenannte explorative Faktorenanalyse durch, um Anhaltspunkte für eine Straffung des Fragebogens zu gewinnen. Letztere erfolgte unter Inkaufnahme methodischer Unschärfen, da auch in diesem Schritt der wissenschaftlichen Fundierung bestimmte testtheoretische Voraussetzungen für die Anwendbarkeit der Methode nicht gegeben sind, selbst wenn die Voraussetzungen einer explorativen Faktorenanalyse weniger streng als die einer konfirmatorische (klassische) Faktorenanalyse sind. Unter der Berücksichtigung, dass die Veränderungen des Fragebogens nicht allein auf den empirischen Befunden, sondern auch auf inhaltstheoretischen Aspekten beruhen und den subjektiven Bewertungen der Forschenden und Experten, erschien der Einsatz der Methode durchaus legitim. Insbesondere das Ziel, Hinweise für eine Verdichtung mehrerer Items zu

erhalten, konnte auf vernünftigem und hinreichend belastbarem Wege erreicht werden. Die Durchsicht und Kontrolle der Ergebnisse bezogen auf die Verteilung des Antwortverhaltens (Boden-, Deckeneffekte) erfolgte rein deskriptiv und damit absolut zulässig. Dazu gehörte auch die Überprüfung, ob Items von den Befragten ausreichend beantwortet wurden.

Auf Grundlage der Auswertungen erstellte das DIP Vorschläge zur Zusammenlegung von Fragen; entweder, indem eine der umfassten Fragen stellvertretend beibehalten wurde oder indem eine neue, etwas generalisierende Frage zum Themenbereich formuliert wurde. Als Hilfsmittel und Zwischenschritt wurden dabei die sich aus der Faktorenanalyse ergebenden Faktoren sprachlich benannt (beispielsweise „Zugang zu Hilfe“), um einen inhaltlichen Orientierungspunkt für die Verdichtung von Frageaspekten zu setzen. Dabei wurde stets innerhalb einer Qualitätsdimension gearbeitet, das bedeutet, dass sowohl die Faktorenanalyse als auch die darauf beruhende Aggregation von Fragen zu einer oder mehrerer breiter abdeckenden Frage konsequent bezogen auf eine bestimmte Qualitätsdimension durchgeführt wurden. Allein der Aspekt der „Privat-/Intimsphäre“ wurde von der Qualitätsdimension „Sicherheit“ in die Qualitätsdimension „Respektvoller Umgang“ verlegt.

Fragen mit auffällig geringer Antwortquote wurden gestrichen, da sie offensichtlich nicht verstanden wurden oder für die Mehrheit der Befragten nicht oder zu schwer zu beantworten sind. Auf Basis der Revisionsvorschläge des DIP nahm die Weisse Liste eine rein redaktionelle Überarbeitung der Formulierung der Fragen aus Nutzersicht vor. Da in manchen der im Fragebogen thematisch gegliederten Fragenbatterien so wenig Fragen übrigblieben, dass der Lesefluss und die Handhabbarkeit des Fragebogens deutlich gelitten hätten, wurde die thematische Gruppierung und Bezeichnung der Gruppen punktuell angepasst. Im Zuge dieser Anpassung

konnte auch auf die aus redaktionellen Gründen eingeführte Antwortskala „Grad der Zustimmung zu einer Aussage“ gänzlich entfallen. Einzelne Fragen wurden deshalb passend zur Skala „Meine Erwartungen wurden ...“ umformuliert.

Dieser Schritt sollte die Interpretation der Ergebnisse über alle Items hinweg stringenter machen und die Auswertung, Darstellung und Interpretation durch die Rezipienten erleichtern. Schließlich wurde die redaktionelle Durchsicht auch genutzt, um die Verständlichkeit zu erhöhen, indem Fragen punktuell präzisiert oder mit Beispielen angereichert wurden, insbesondere bei Fragen mit vergleichsweise geringem Rücklauf.

- b. In einem weiteren Schritt erfolgte die Durchsicht des vorgeschlagenen, gekürzten Fragebogens durch die beteiligten Expertinnen und Experten. Sie erhielten eine Synopse der Fragebögen, aus der die Änderungen im Detail hervorgingen. Im Ergebnis wurde die Straffung und Vereinheitlichung der Skalierung ebenso begrüßt wie das dahinterstehende Ziel, das Instrument sowohl für die Befragten leichter handhabbar zu machen als auch die Auswertungsprozesse zu erleichtern.

Im Detail wurden einige Vorschläge für Änderungen diskutiert und umgesetzt. So wurde beispielsweise eine entfallene Frage – „Umgang mit verwirrten Bewohnern“ wieder aufgenommen. Die erste der drei Abschlussfragen („Wohlfühlen“) wurde behutsam modifiziert, um weitere mögliche Fallkonstellationen zu berücksichtigen, wodurch auch die Skala der Abschlussfragen vereinheitlicht werden konnte.

- c. Im letzten Schritt erfolgte eine Durchsicht durch eine Lektorin, um letzte sprachliche Feinheiten unter Beibehaltung der Bedeutung zu verbessern.
- d. Die getrennte Datenhaltung wurde bei der Revision stets eingehalten; der Weissen Liste liegt

lediglich der zur Veröffentlichung bestimmte Datensatz, dem DIP hingegen der Forschungsdatensatz vor.

Insgesamt konnte durch Zusammenfassungen und Streichung sowie Überarbeitung nach Expertenrat der Fragebogen von insgesamt 61 qualitätsbezogenen Fragen auf 31 Fragen gekürzt werden. Darunter sind die sechs Fragen zu kritischen Ereignissen sowie die drei übergreifenden Fragen (u.a. „Weiterempfehlung“) mit geringfügigen Modifikationen erhalten geblieben. Hinzu kommen zwei Freitextfragen zu Lob und Kritik an die Einrichtung sowie die elf Fragen zu soziodemographischen Merkmalen des Befragten und der Bewohnerin.

## 4 Kommentar zu den vorliegenden Projektergebnissen

---

Im Projektverlauf wurde frühzeitig deutlich, dass es in Deutschland an einer breiten und fundierten Grundlagenforschung zur Qualität von Pflegeeinrichtungen, genauer zur Definition von Qualität von Pflegeeinrichtungen mangelt. Dieser Mangel konnte im Kontext dieses Projektes naturgemäß nicht ausgeglichen werden. So entstand bewusst ein wissenschaftlich fundiertes und durch Expertenmeinung hinterfragtes und optimiertes Instrument zur Einschätzung der Qualität durch Angehörige, jedoch kein testtheoretisch abgesichertes Messinstrument, das beispielsweise die Bildung von quantitativen Summenscores zu Qualitätsdimensionen zuließe.

Dieser Umstand ist beim Umgang mit dem Instrument und seinen Ergebnissen zu beachten. Er führt einerseits zu Limitationen, beispielsweise wäre die unmittelbare Ableitung von behördlichen Anordnungen allein wegen schlechter Befragungsergebnisse unzulässig. Die Ergebnisse sind auch nicht unmittelbar als Ausdruck von Qualität oder eine Verlaufsdarstellung von Befragungsergebnisse als Qualitätsentwicklung zu interpretieren, wohl aber als ernst zu nehmende Anhaltspunkte.

Gleichwohl bieten die Befragungsergebnisse wertvolle und aussagekräftige Ergebnisse: Sie liefern Anhaltspunkte für die Qualität von Einrichtungen – nicht mehr, aber auch nicht weniger – die von Betreibern, Aufsichtsbehörden und Verbrauchern sinnvoll genutzt werden können. Die Befragungsdaten können Auskunft auch zu solchen Aspekten geben, die in den bisherigen und auch auf absehbare Zeit geplanten Instrumenten der Qualitätsberichterstattung nicht berücksichtigt werden. Dazu zählen auch Kriterien, die für eine große Zahl von Interessenten besonders entscheidungsrelevant sind, wie beispielsweise der würdevollen und respektvollen Umgang des Personals mit den

Bewohnern, wie Befragungsergebnisse aus dem Reformkonzept zeigen (Strotbek et al. S. 27).

Hinsichtlich der Aufbereitung, Zusammenfassung und Darstellung der Ergebnisse konnten aus Sicht der Weissen Liste Lösungsansätze entwickelt werden, die die methodologischen Grenzen einhalten und dennoch ein verbraucherorientiertes, verständliches Ergebnis möglich machen.

Auf Grundlage der erstmaligen landesweiten Durchführung konnten wertvolle Ergebnisse zur Überarbeitung des Fragebogens und aufseiten der beteiligten Behörden zum Befragungsprozess gewonnen werden. Mit der wissenschaftlich begleiteten, gleichzeitig praxisorientierten Revision des Fragebogens liegt nun ein einsatzbereites, weiter auf die praktischen Anforderungen optimiertes Befragungsinstrument vor. Selbstverständlich ist mit neuen Erkenntnissen auch die Weiterentwicklung des Instruments möglich und wünschenswert.



# Teil B

---

## Theoretisches Gutachten zur Qualitätsmessung in der stationären Pflege

**Die Befragung Angehöriger als perspektivische  
Bereicherung zur Qualitätseinschätzung der Versorgung  
in der stationären Langzeitpflege**

Erstellt durch das Deutsche Institut  
für angewandte Pflegeforschung e. V. (DIP)  
im Auftrag der Weisse Liste gemeinnützige GmbH

### **Wissenschaftliche Leitung**

**Prof. Dr. Michael Isfort**  
Leiter der Abteilung III Pflegearbeit und -beruf  
Stellv. Vorsitzender des geschäftsführenden Vorstands  
Telefon: 0221 46861-50  
E-Mail: m.isfort@dip.de

### **Mitarbeit**

**Daniel Tucman (MScN)**  
Wissenschaftlicher Mitarbeiter Abteilung III  
Telefon: 0221 46861-42  
E-Mail: d.tucman@dip.de

## Teil B – Theoretisches Gutachten zur Qualitätsmessung in der stationären Pflege

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>19</b>
<b>2</b>	<b>Stand der Diskussion</b>	<b>20</b>
2.1	Qualitätsbegriff in der Pflege	20
2.2	Qualitätsmodelle	21
2.3	Qualitätsdefinierende Faktoren	25
2.3.1	Anforderungen an Qualität aus rechtlicher Perspektive	25
2.3.2	Anforderungen an Qualität aus pflegewissenschaftlicher Perspektive	28
2.3.3	Anforderungen an Qualität aus Bewohnerperspektive	31
2.3.4	Anforderungen an Qualität aus der Angehörigenperspektive	33
2.4	Qualitätsmessung in der Pflege	37
<b>3</b>	<b>Einschätzung und Empfehlungen</b>	<b>41</b>
3.1	Qualitätsbegriff der stationären Pflegeversorgung	41
3.2	Methodologische Vorgehensweise zur Qualitätseinschätzung	42
3.3	Nutzbare Dimensionen und Merkmale zur Qualitätseinschätzung aus der Angehörigenperspektive	44
3.4	Möglichkeiten und Grenzen der Angehörigenbefragung	49
	<b>Literatur</b>	<b>50</b>
<hr/>		
	<b>Tabellen</b>	
TABELLE 1	Heuristisches Qualitätsmodell nach Hasseler	39
TABELLE 2	Heuristisches Qualitätsmodell in Anlehnung an Hasseler	45
TABELLE 3	Dimensionen der Versorgungsqualität und deren Merkmale	47
	<b>Abbildungen</b>	
ABBILDUNG 1	Das Struktur-Prozess-Ergebnis-Modell nach Donabedian	23
ABBILDUNG 2	Quality-health-outcome-Modell von Mitchell et al.	24
ABBILDUNG 3	Ergebnisse der Nutzerbefragung der Weissen Liste	37
ABBILDUNG 4	Hierarchisch-mehrdimensionale Konstrukte	40
ABBILDUNG 5	Zuordnung der Dimensionen zur Lebensqualität	43

# 1 Einleitung

---

Das vorliegende Papier stellt ein theoretisches Gutachten bezüglich der Qualitätsmessung in stationären Pflegeversorgungssettings dar und wurde vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (DIP) im Auftrag der Weissen Liste verfasst.

Die Weisse Liste ist ein Projekt der Bertelsmann Stiftung, das sich unter anderem zum Ziel gesetzt hat,

*„[...] Vorschläge für ein neues Qualitätsprüfungs- und Veröffentlichungssystem in den fachlichen und politischen Diskurs einzubringen“ (Strotbek et al., 2017: 6).*

Dabei stehen für die Weisse Liste die Perspektive und das Rezeptionsverhalten der Verbraucher im Fokus. Ihr Ziel ist es, die Unterschiede in der sektorenspezifischen Anbieterqualität mit wissenschaftlich fundierten Methoden transparent zu machen und für die Verbraucher in gut verständlicher Weise zu präsentieren. Die Weisse Liste möchte mit diesen Informationen den Patienten/Klienten bzw. deren Angehörigen die Möglichkeit bieten, eine informierte Entscheidung über die Wahl einer Pflegeeinrichtung treffen zu können sowie auf weitere unterstützende Angebote zu verweisen.

Das vorliegende Gutachten wurde im Rahmen eines Teilprojektes der Weissen Liste erstellt. Das Projekt hat zum Ziel, eine standardisierte Befragung zu entwickeln. Die Befragung soll die Perspektive von Angehörigen erheben, wie diese die Qualität der Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen ihrer Verwandten bzw. Nahestehenden einschätzen. Der zu konstruierende Fragebogen soll die unterschiedlichen Stärken und Schwächen der stationären Pflegeeinrichtungen abbilden und vergleichbar machen. Zugleich sollen jene Dimensionen in der Erhebung berücksichtigt werden, die für die Entscheidungsfindung der Angehörigen von Relevanz sind.

Das Gutachten dient der Einordnung des aktuellen bestehenden Wissens zu dem Thema der Messung/Erfassung von Pflegequalität in stationären Pflege-settings.

Es soll Auskunft darüber geben, was unter den Begriff Pflegequalität zu verstehen ist, wie sich dieses Verständnis konstituiert, welche Akteure Qualitätsanforderungen an die pflegerische Langzeitversorgung stellen, welche Anforderungen durch die unterschiedlichen Perspektiven gestellt werden und wie eine Erhebung/Messung von Qualität aus methodologischer Sicht möglich ist. In Anbetracht der Komplexität und Weite des Themas und obwohl internationale Literatur berücksichtigt wurde, kann dieses Gutachten keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben.

## 2 Stand der Diskussion

Die folgenden Kapitel behandeln den aktuellen wissenschaftlichen Stand bezogen auf die Aspekte der Qualitätsmessung bzw. -einschätzung im Bereich der Pflege. Dabei wird die Konstruktion des Qualitätsbegriffs der pflegebezogenen Versorgung aus den Perspektiven des Gesetzgebers, der Pflegewissenschaft, der Klientinnen und Klienten sowie der Angehörigen beschrieben. Abschließend werden die methodologischen Grundlagen für eine standardisierte Befragung beleuchtet, um klären zu können, in welchem Umfang diese bei einem komplexen Konstrukt, wie die Qualität stationärer Pflegeversorgung, angewendet werden kann.

Die hierfür verwandte Literatur wurde durch eine systematische Literaturrecherche über die Metadatenbank Livivo (ehemals Medpilot) der Zentralbibliothek für Medizin der Universität zu Köln durchgeführt. Zudem wurden themenspezifisch ergänzende, freihändige Recherchen über die Suchmaschinen google.scholar und google durchgeführt, um auch graue Literatur berücksichtigen zu können.

### 2.1 Qualitätsbegriff in der Pflege

Qualität stellt einen Begriff dar, der in seiner Auslegung unterschiedlich definiert wird, da es sich um eine theoretische Größe handelt (Hasseler, 2014). Die Auslegung hängt zum einen von der Perspektive der Befragten ab, also denjenigen, die ein Interesse an den Eigenschaften eines Produktes bzw. einer Dienstleistung haben. Dies sind in aller Regel die Leistungserbringer, die Kunden und der Gesetzgeber (Josat, 2006). Zum anderen beruht die Auslegung von Qualität auf dem Ansatz, was Qualität für Anforderungen zu erfüllen hat. Hier stehen in erster Linie der produktbezogene, der fertigungsbezogene, der anwenderbezogene sowie der wertbezogene Ansatz im Vordergrund (Schönberg, 2006).

Der produktbezogene Ansatz versteht Qualität als die Summe von messbaren Eigenschaften einer Sache, die wiederum von denjenigen bestimmt werden, die ein Produkt konzipieren und erschaffen (a. a. O.). Ziel dieser Definition ist es, eine Merkmalsbeschreibung des tatsächlichen Istzustandes eines Produktes zu beschreiben, und folgt damit einer traditionellen Vorstellung von Qualität. Es ist das Spektrum der Attribute insgesamt, das das eine Produkt von einem anderen unterscheidet (Steinhagen, 2013). Dahingegen stellt Qualität, dem fertigungsbezogenen Ansatz folgend, eine Definition dar, die dadurch gekennzeichnet ist, zu beschreiben, in welchem Maß die vom Leistungserbringer bestimmten Anforderungen an ein Produkt erfüllt werden. Einem ähnlichen Aspekt folgt der anwendungsbezogene Ansatz, bei dem die zu erfüllenden Anforderungen durch die Kunden definiert werden (Schönberg, 2006). Der vierte (wertbezogene) Ansatz versteht Qualität als Verhältnis zwischen dem zu entrichtenden Preis für eine Leistung und den Attributen der zu erhaltenden Leistung (a. a. O.). Dabei handelt es sich um die Anspruchsklasse an ein Produkt oder eine Dienstleistung, wie z. B. die Unterscheidung zwischen Erste- und Zweite-Klasse-Buchungen bei Bahnfahrten etc. (Steinhagen, 2013).

Die letzten drei genannten Ansätze unterscheiden sich von dem produktbezogenen Ansatz insofern, dass sie einen Sollzustand beschreiben, dessen Erfüllung von dem Produkt erwartet wird. Demnach besteht ein gewisses Spannungsverhältnis zwischen dem Sollzustand eines Produktes und seinem Istzustand. Dieses Verhältnis wird in der Definition der EN ISO 9000:2005 deutlich, wo Qualität wie folgt beschrieben ist:

*„[...] Grad, in dem ein Satz inhärenter Merkmale Anforderungen erfüllt“ (DIN e. V. zit. n. Hasseler, 2014: 74).*

In der Definition finden sich Aspekte der Merkmals- erfassung und der Anforderungen an ein Produkt wie- der. Zudem wird auf den Grad verwiesen, mit dem die Merkmale die Anforderungen erfüllen, wodurch letzt- lich eine Einordnung der Qualität ermöglicht wird (ebd.).

Die konkrete Pflegesituation stellt eine komplexe Handlungsabfolge dar, die durch eine wechselseitige Beziehung zwischen den Pflegenden und den Pflege- empfängern gekennzeichnet sowie stets kontextab- hängig ist. Dies mag der Grund sein, warum sich ein einheitliches Verständnis über Pflegequalität in einer allgemein anerkannten Definition weiterhin nicht eta- blieren konnte (Hasseler et al., 2016). Zudem wird in der Altenpflege die Qualität weniger aus der Perspek- tive von Herstellern verstanden, sondern viel mehr als

*„[...] umfassende, nach außen hin deutlich sichtbare, professionelle, werteorientierte Erfüllung von Anfor- derungen beschrieben“ (Rudert, 2016: 51).*

Baumstark (2017) führt die gängigsten die Pflege be- treffenden Qualitätsdefinitionen auf:

- „Grad, zu dem die Pflege die gewünschten Ziele erreicht und die unerwünschten Resultate unter Berücksichtigung des aktuellen Kenntnisstandes reduziert“ (Green zit. n. Baumstark, 2017: 42).
- „Grad der Übereinstimmung zwischen den Erwar- tungen der Kunden und der tatsächlichen pflegeri- schen Dienstleistung“ (Kämmer zit. n. Baumstark, 2017: 42).
- „Übereinstimmung zwischen der tatsächlichen Pflege und zuvor formulierten Kriterien“ (Donabe- dian zit. n. Baumstark, 2017: 42).
- „Umfang des Erfolges, der unter optimalen Pflege- verhältnissen und vertretbaren Kosten tatsäch- lich zu erreichen ist“ (Williamsen zit. n. Baumstark, 2017: 42).
- „Pflegequalität ist danach gegeben, wenn Ver- sorgungsleistungen dem aktuellen Wissensstand in Medizin- und Pflegewissenschaft entsprechen, wirtschaftlich erbracht werden und die Präferen- zen der Verbraucher berücksichtigen“ (BMFSFJ zit. n. Baumstark, 2017: 42).

Hasseler et al. (2016) kritisieren, dass aus theoretischer Perspektive die Definitionen der Pflegequalität nicht ausreichen, um Indikatoren entwickeln zu kön- nen, mit denen letztlich die Qualität valide erhoben und dargestellt werden kann. Sie plädieren dafür, dass

nach der Grundlegung eines theoretisch fundierten Qualitätsmodells eine Definition von Pflegequalität entwickelt werden muss, auf deren Grundlage man Qualitätsdimensionen ableiten kann, denen man wie- derum Merkmale und Kennzeichen zuordnen kann, die durch entsprechende Kriterien gekennzeichnet sind. Erst im letzten Schritt können belastbare Indika- toren entwickelt werden (Hasseler, 2014; 2016; Has- seler und Stemmer, 2018), worauf in Kapitel 2.2 noch genauer eingegangen wird.

Hasseler und Fünfstück (2016) definieren Pflegequali- tät wie folgt:

*„Qualität in der Pflege bzw. Pflegequalität entsteht dann, wenn Kennzeichen/Merkmale der pflegeri- schen Versorgung ein im Vorfeld definiertes Niveau erreichen, welches sich an den Bedürfnissen und Be- darfen der relevanten beteiligten Gruppen (Klienten, Bewohner, Berufsgruppen, Träger u. a.) messen lässt. Die Qualität in der Pflege wird messbar, wenn zu den Merkmalen der pflegerischen Versorgung Kriterien definiert worden sind, die anhand von evidenzbasier- ten Indikatoren Rückschlüsse auf das Erreichen von Soll-Werten zulassen“ (Hasseler und Fünfstück zit. n. Hasseler, 2016: 12).*

Auf dieser Definition aufbauend sollen im Folgenden die Anforderungen dessen betrachtet werden, was die beteiligten Gruppen in der stationären Langzeit- versorgung, in diesem Fall der Gesetzgeber, die Pflege vertreten durch die Pflegewissenschaft, die Klienten sowie die Angehörigen an eine Pflegequalität stellen.

## 2.2 Qualitätsmodelle

Hasseler et al. (2016) weisen in ihren Publikationen darauf hin, dass in dem in Deutschland geführten Dis- kurs über die Entwicklung von Versorgungsqualität im Bereich des Gesundheitswesens ein entscheidender Aspekt nicht aufgegriffen wurde: nämlich die Grundle- gung eines theoriegeleiteten Qualitätsverständnisses (Hasseler, 2014; 2016). Ein theoriegeleitetes Quali- tätsverständnis soll als Erklärungsrahmen dienen, um die Zusammenhänge von Faktoren verstehen zu kön- nen, die eine bestimmte Qualität bedingen. Darüber hinaus ist es die Grundlage dafür, Aussagen machen zu können, wie ausgeprägt der Wirkungsgrad bestimm- ter Interventionen und Maßnahmen auf die defi- nierten Qualitätsdimensionen ist. Dementsprechend

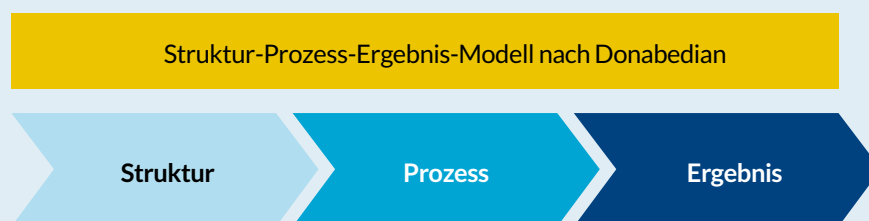
beschreibt ein solches Qualitätsverständnis den Kontext mit seinen komplexen Beziehungen, an dessen Ende ein Outcome steht, das logisch, inhaltlich sowie methodisch transparent nachvollziehbar ist (Hasseler, 2014).

Das Qualitätsverständnis im Gesundheitswesen ist in Deutschland maßgeblich durch das Qualitätsmodell von Donabedian (2005) geprägt. Die meisten wissenschaftlichen Publikationen nutzen dieses Modell als Grundlage, wenn sie sich mit der Thematik der Qualität auseinandersetzen (z. B. Schönberg, 2006; Wingenfeld et al., 2011; Steinhagen, 2013; Hasseler, 2014; Baumstark, 2017; Hensen, 2018). Donabedian beschrieb 1966 erstmalig die Grundzüge seines Modells vor dem Hintergrund einer methodologischen Betrachtung der Evaluation medizinischer Behandlungsqualität. Ergebnis seiner Untersuchung war, dass unterschiedliche Dimensionen von Qualität existieren. Er teilte diese in die Strukturen, die Prozesse und die Ergebnisse ein. Letztere waren Ausgangspunkt seiner Betrachtung. In der medizinischen Versorgung bestehen Ergebnisindikatoren (messbare Endpunkte), wie z. B. die Überlebensrate, die Wiederherstellung von Funktionen oder die Genesung. Deren Validität wird selten infrage gestellt und sie bieten sich größtenteils aufgrund ihrer Merkmalsstabilität aus messtheoretischer Perspektive gut an. Dennoch ist die alleinige Betrachtung solcher augenscheinlicher Ergebnisindikatoren bestimmten Limitationen unterworfen. So können diese Indikatoren für die zu erfassende Qualität irrelevant sein bzw. diese nicht repräsentieren. Zudem müssen etwaige Störvariablen bekannt sein und es muss möglich sein, deren statistischen Einfluss auf den jeweiligen Ergebnisindikator zu bereinigen. Schließlich muss berücksichtigt werden, dass diese Indikatoren aggregierte Ergebnisse darstellen, die keinen Einblick darüber geben, wie und mit welchen Stärken und Schwächen dieses Ergebnis erzielt wurde (Donabedian, 2005). Ergänzend kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass auch in der medizinischen Betrachtung und Messung Hilfskonstrukte genutzt werden, wenn die direkten Indikatoren und Messpunkte nicht erfasst werden können. In diesem Falle dienen sogenannte Surrogatparameter als Indikatoren. Ein Beispiel hierfür ist die Messung des HBA1c als Messgröße für Langzeitwerte bei Diabetes, weil die direkte Messung (z. B. Gefäßschädigung) nicht erfasst werden kann. Darüber hinaus haben sich auch in der Medizin Kenngrößen etabliert, wie „Lebensqualität“, die kontextabhängige und situativ variable Konzepte darstellen.

Ein anderer Zugang bei Donabedian ist die Begutachtung der Prozesse. Dabei steht nicht die Erbringung von Ergebnissen unter gegebenen Optionen im Fokus, sondern ob eine angemessene, „gute“ Behandlungsweise gewählt und angewandt wird. Darunter fallen bspw. die Angemessenheit, die Vollständigkeit und die Redundanz von Informationen, aber auch die medizinischen Leistungen, die in ihrer Gesamtheit die Behandlung darstellen (a. a. O.). Diese Frage stellt sich in der stationären Langzeitpflege aber auch in geriatrischen Kliniken, beispielsweise wenn verwirrte Patientinnen und Patienten aufgrund eines hohen Sturzrisikos körpernah (mit Gurten) fixiert werden sollen. Die Sturzgefahr wird damit gebannt und somit das Outcome des Sturzes vermindert. Auf der anderen Seite werden damit erhebliche negative Aspekte in Kauf genommen, wie die persönliche Freiheitsentziehung, die Gefährdung des Mobilitätsverlusts bei längerfristigen Fixierungen sowie die psychische Belastung für die Patientinnen und Patienten (Zegelin, 2013). Die Prozesse erfordern sehr genaue Spezifizierungen der zu erhebenden Dimensionen und Kriterien sowie eine durchdachte Setzung des Datenniveaus (Donabedian, 2005).

Die Struktur umfasst hingegen jene Aspekte, die die Bedingungen für die Versorgungsleistung und die damit vermuteten, einhergehenden Ergebnisse zugrunde legen. Darunter zählen die baulichen Gegebenheiten, die räumliche und personelle Ausstattung, die vorhandenen Hilfsmittel und deren Güte, die Qualifikation des Personals, die finanzielle und organisatorische Struktur etc. (a. a. O.). Donabedian weist in seiner Veröffentlichung darauf hin, dass manche Autoren darin eine lineare und kausale Ablaufkette erkennen, die sich für die Evaluation von Versorgungsleistungen nutzen lässt. Dementsprechend bedingen die Strukturen den Prozess der Leistungserbringung, der wiederum den Ergebnissen vorsteht (Abbildung 1). Die Abfolge von Prozess und Ergebnis kann als Kettenglieder verstanden werden, wo der Prozess vor dem Ergebnis steht, das wiederum als Startpunkt für den nächsten Prozess verstanden werden kann (a. a. O.). Eine solche Simplifizierung war allerdings nicht im Sinne des Autors, der diese Einteilung vor allem als Dimensionen verstand und anmahnte, dass die Beziehungen der jeweiligen Kriterien und Indikatoren zueinander geklärt werden müssen und nicht einfach unterstellt werden sollten, was jedoch häufig geschehen ist bzw. geschieht (Berwick und Fox, 2016).

ABBILDUNG 1 Das Struktur-Prozess-Ergebnis-Modell nach Donabedian



Quelle: Darstellung nach Rudert, 2016.

WEISSE  
LISTE

| BertelsmannStiftung

Das Struktur-Prozess-Ergebnis-Modell (SPE-Modell) wird in Deutschland seit den 1990er Jahren in vielen Bereichen eingesetzt und wird auch in diversen rechtlichen Anforderungen in der Qualitätssicherung als Grundlage bemüht. So findet sich Donabedians Modell nicht nur im Pflegeversicherungsgesetz. Trotz der von Donabedian selbst angemahnten Limitationen findet das Modell stark simplifizierte Anwendung (Rudert, 2016). So wird in § 114 Abs. 2 SGB XI geregelt, wie die Qualitätsprüfung von Pflegeeinrichtungen zu erfolgen hat. Die Begutachtung soll

*„[...] wesentliche Aspekte des Pflegezustandes und die Wirksamkeit der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen (Ergebnisqualität) [...]“ (Deutscher Bundestag, 1994)*

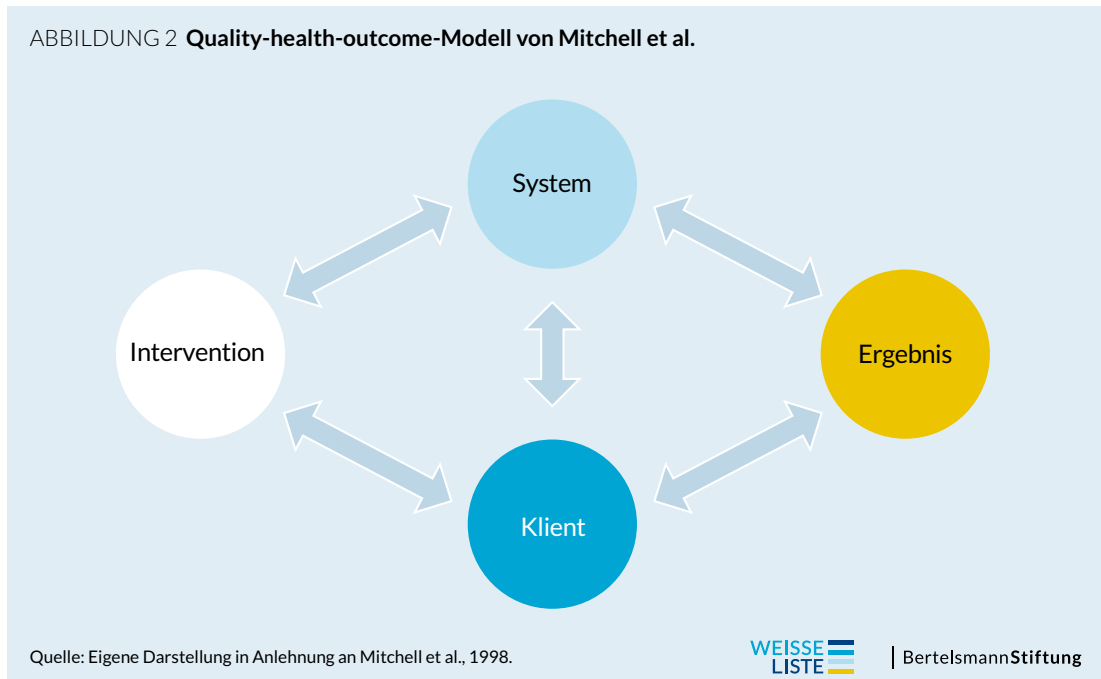
prüfen und ggf. dabei die Aspekte der Prozess- und der Strukturqualität einbeziehen. Hier wird die Fokussierung auf die Ergebnisdimension deutlich, die von Wingenfeld et al. (2018) in der in § 113b SGB XI geforderten Erstellung bzw. Weiterentwicklung des Indikatorensets für die Qualitätsprüfung entsprechend vorgenommen wurde.

Das Verständnis darüber, was als Ergebnis bzw. Outcome gezählt werden sollte, ist vom jeweiligen Kontext abhängig. Während sich in der vergleichsweise stark technikorientierten und standardisierbaren Medizin die Ergebnisse einerseits besser operationalisieren lassen und andererseits die Beziehungen zwischen Strukturen, Prozessen und Ergebnissen offensichtlicher erscheinen, ist dieses Beziehungsmuster in der Erbringung von Pflegeleistungen deutlich stärker verflochten, intransparenter und instabiler, wodurch eine Übertragung des Modells ungünstig erscheint (Rudert, 2016).

Als eine zentrale Limitierung kann dabei angeführt werden, dass pflegerische Interventionen oftmals in der Situation und vor dem Hintergrund der Beziehung mit dem Pflegebedürftigen ausgehandelt, erbracht und konsumiert werden. Sie unterliegen damit einem Uno-actu-Prinzip und sind in der eigentlichen Qualität der Erbringung in der Folge nicht mehr messbar, sondern lediglich retrospektiv einschätzbar. Darüber hinaus erscheinen sie sehr variabel in der Ausgestaltung. Gleiche Gesundheitszustände können bei unterschiedlichen Bewohnern/Patienten unterschiedliche Interventionen hervorrufen. So kann z.B. ein gestörtes Schlaf- und Wachverhalten ebenso zur medikamentösen Unterstützung führen wie zu einer Einführung eines Schlafrituals, einer schlaffördernden Einreibung oder Beratungsleistung. Dieser Umstand erschwert erheblich die Bewertung der Qualität der konkreten Versorgung von außen. Die Angemessenheit und Richtigkeit der Durchführung einzelner pflegerischer Maßnahmen lässt sich nur in seltenen Fällen nach standardisierten Kriterien bewerten. Für die Bewertung der Pflegequalität durch Angehörige sei an dieser Stelle vorweggenommen, dass dadurch die fachlich-sachliche Einschätzung nur ungenügend erfolgen kann und einer erheblichen Expertise bedarf.

Pflege zeichnet sich darüber hinaus als berufliche Handlung dadurch aus, dass sie Gesundheit, Heilung und die Entwicklung von Menschen fördern bzw. verbessern will, zugleich Krankheiten, Verletzungen und Behinderungen vorbeugen möchte. Dabei stellt sie einen intellektuellen, physischen, emotionalen und moralischen Prozess dar, der für die Zielerreichung auf die interprofessionelle Aushandlung zwischen Patienten, Pflegenden, Ärzten und weiteren

ABBILDUNG 2 **Quality-health-outcome-Modell von Mitchell et al.**



therapeutischen Berufen angewiesen ist (Clark et al., 2014; Hensen, 2018). Dementsprechend besitzt die Qualität von Outcomekriterien nicht automatisch Aussagekraft über die Prozess- und die Strukturdimension. Rudert (2016) führt den kritischen Diskurs in der Wissenschaft über das Modell von Donabedian weiter aus. Auch Hasseler diskutiert die Eignung des SPE-Modells in seiner kausal-linearen Auslegung kritisch und fordert den Einsatz eines Modells für die Beurteilung von Qualität, das

*„[...] ein dynamisches und systematisches Qualitätsverständnis [...] die soziale, räumliche, materielle, gesellschaftliche und institutionelle Umwelt einbezieht“ (Hasseler, 2016: 17).*

Als Alternative schlägt sie dafür das Quality-health-outcomes-Modell (QhoM; Abbildung 2) von Mitchell et al. vor (Hasseler, 2016).

Mitchell et al. (1998) fassen Elemente der Struktur der Prozessdimension in eine eigene Dimension, die sie als System bezeichnen. Darunter fallen aus dem Bereich der Struktur alle von Donabedian genannten Aspekte. Aus der Prozessdimension werden jene Aspekte aufgenommen, die allein auf der Systemebene getätigt werden und sich auf diese auswirken, wie z. B. innerbetriebliche Fort- und Weiterbildungsprozesse, innerbetriebliche Kommunikation etc. All

jene Prozesse, die die direkte Patienten- bzw. Klientenversorgung betreffen, werden unter der Dimension Intervention zusammengefasst. In Kontrast zum SPE-Modell wird im QhoM von Mitchell et al. das System der Klienten als eigene Dimension mit Wirkung auf die anderen Dimensionen postuliert. Die letzte Dimension ist das Ergebnis und entspricht den Ausführungen Donabedians, inkludiert aber neben den üblichen Ergebniskriterien auch Aspekte der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (ebd.).

Der entscheidende Unterschied zwischen beiden Modellen ist die Beschreibung der Beziehungen zwischen den einzelnen Dimensionen. Diese sind wechselseitig zwischen allen Dimensionen mit Ausnahme der Intervention und des Ergebnisses. Intervention und Ergebnis nehmen demnach stets über die Klienten aufeinander Einfluss, die als Mediator fungieren. Dadurch wird der Einfluss der Klienten und deren Umfeld (individuelle Vorstellungen und Anforderungen, Familienangehörige, kulturelle Prägung etc.) auf die Erbringung der Intervention und dem aus dieser resultierenden Ergebnis deutlich, genauso wie der Einfluss des Systems (z. B. des Gesundheits- und Pflegesystems) auf die Intervention etc. (Mitchell und Lang, 2004; Hasseler, 2016). Aus der Abbildung 2 wird ersichtlich, dass die Dimensionen System und Klient diejenigen sind, die auf alle anderen Dimensionen einen direkten Bezug haben.



## 2.3 Qualitätsdefinierende Faktoren

Wie in Kapitel 2.1 beschrieben wurde, kann die Qualität als die Summe jener Eigenschaften verstanden werden, die an ein Produkt oder eine Dienstleistung als Anforderung gestellt werden. In den nachfolgenden Kapiteln werden diese Anforderungen aus der Perspektive des Gesetzgebers, der Pflegewissenschaft (professionellen Pflege), der Angehörigen und der Bewohner beschrieben. Die Perspektiven des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) und der Leistungserbringer wurden an dieser Stelle nicht aufgenommen, da sich das zugrunde liegende Qualitätsverständnis im Rahmen der rechtlichen Gesetzgebung (Normprüfung) bewegt und die Akteure in einem qualitätskonstituierenden Verhältnis stehen.

Die im Folgenden beschriebenen Ansprüche an die Versorgung von Klienten in Wohneinrichtungen stellen gemeinsam das Universum der Anforderungen dar. Sie werden in Kapitel 3.6 geordnet, um sie für die Befragung Angehöriger zu systematisieren sowie letztlich zu operationalisieren.

### 2.3.1 Anforderungen an Qualität aus rechtlicher Perspektive

Wie in Kapitel 2.2 angeführt, formuliert die Gesetzgebung eigene Anforderungen an die Leistungserbringung in der stationären Langzeitpflege. Diese sind zum einen im Sozialgesetzbuch XI hinterlegt sowie in den landesspezifischen Wohn- und Teilhabegesetzen, bezogen auf dieses Projekt im Besonderen das Hamburgische Wohn- und Betreuungsqualitätsgesetz (HmbWBG). Im Folgenden sollen diese aufgeführt und beschrieben werden.

Der erste qualitative Anspruch der pflegerischen Versorgung findet sich in § 2<sup>1</sup> Abs. 1 wieder, in dem gefordert wird, dass die Leistungen der Pflegeversicherung den Betroffenen es ermöglichen sollen, ein nach Möglichkeiten selbstständiges und selbstbestimmtes Leben führen zu können, das auch der Würde des Menschen entspricht. Die „Hilfen“, gemeint sind die pflegerischen Versorgungsleistungen, sollen dahingehend gestaltet werden, dass die körperlichen, geistigen und seelischen Fähigkeiten der Betroffenen wiedererlangt bzw. überhaupt erlangt werden. Dies soll

auch unter dem Einsatz von aktivierender Pflege geschehen (Deutscher Bundestag, 1994). § 11 Abs. 1 gibt vor:

*„Die Pflegeeinrichtungen pflegen, versorgen und betreuen [...] entsprechend dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse. Inhalt und Organisation der Leistungen haben eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde zu gewährleisten.“ (Deutscher Bundestag, 1994).*

In § 113a Abs. 3 wird ein Aspekt der Qualitätssicherung festgehalten, der den anerkannten Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse betrifft. Dort ist festgelegt, dass die nationalen Expertenstandards Pflege für die Pflegekassen und deren Verbände sowie für die Pflegeeinrichtungen verbindlich sind (a. a. O.).

Eine weitere Anforderung seitens des Gesetzgebers ist das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 29. Darin ist die Forderung formuliert, dass die Leistungen, zumindest die zulasten der Versicherungsgemeinschaft fallen, wirksam und zugleich wirtschaftlich zu sein haben sowie das Maß des Notwendigen nicht übersteigen dürfen (a. a. O.).

Ein Anspruch in der stationären Langzeitversorgung ist, dass gemäß § 71 Abs. 2 Punkt 1 und Absatz 3 die Betroffenen stets unter der (Haupt-)Verantwortung einer Pflegefachkraft mit erfolgreich abgeschlossener dreijähriger Ausbildung in der Altenpflege oder Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflege gepflegt werden. Die verantwortliche Fachkraft muss neben der Grundqualifikation zusätzlich über zwei Jahre praktischer Berufserfahrung nach der Ausbildung verfügen und diese Zeit darf nicht mehr als acht Jahre zurückliegen (a. a. O.).

In der stationären Pflege haben die Betroffenen gemäß § 43b einen Anspruch auf eine zusätzliche Betreuung und Aktivierung, die über die durch den Pflegegrad indizierten Versorgungsanspruch hinausgeht a. a. O.).

Weitere Qualitätsanforderungen konstituieren sich in der Aushandlung der Rahmenverträge zwischen den Trägern der Pflegeeinrichtungen des jeweiligen Bundeslandes und der Landesverbände der Pflegekassen unter Beteiligung des MDK und der überörtlichen Träger der Sozialhilfe sowie der Arbeitsgemeinschaft der örtlichen Träger der Sozialhilfe. Diese Rahmenverträge

<sup>1</sup> Solange kein anderes Gesetzbuch explizit benannt wird, werden in diesem Kapitel auf die Paragraphen des SGB XI Bezug genommen.

sind für die Pflegekassen und die zugelassenen Pflegeeinrichtungen bindend (a. a. O.). Durch die vertragspezifischen Aushandlungen können die Summe der Qualitätsanforderungen und deren Ausgestaltung je nach Rahmenvertrag variieren.

Das Hamburgische Wohn- und Betreuungsqualitätsgesetz<sup>2</sup> weist weitere und konkretere Anforderungen an die Qualität von Wohn- und Betreuungsformen aus und differenziert diese in die Bereiche Servicewohnanlagen (ehemals Betreutes Wohnen), Wohngemeinschaften, Wohneinrichtungen (im Sinne der stationären Langzeitpflege), Gasteinrichtungen (wie Hospize, Tages- oder Nachtpflege, Kurzzeitpflege etc.) und ambulante Pflegedienste (Freie und Hansestadt Hamburg, 2009). Die Wohneinrichtungen sind in § 2 Abs. 4 definiert als organisatorische Zusammenschlüsse von sächlichen und personellen Mitteln unter der Verantwortung von Trägern. Zweck dieser Einrichtungen ist die Überlassung von Wohnraum und das Vorhalten von weitergehenden Betreuungsleistungen, wie z. B. eine hauswirtschaftliche Versorgung und Pflege (a. a. O.). Der Betreiberin obliegt nach § 4 eine Informationsverpflichtung. Sie hat Informationsmaterial für Interessentinnen vorzuhalten, das verständlich ist und über die Art, den Umfang sowie die Preise der angebotenen Leistungen Auskunft bietet. Diese Informationen müssen den Interessenten vor Vertragsabschluss in einer fixierten Form übergeben werden, welche ein Nachlesen und Abwägen des Leistungsangebotes zu einem späteren Zeitpunkt ermöglicht. Zudem ist der Betreiber nach § 15 Absatz 1 dazu verpflichtet, möglichen Interessenten eine kostenlose und unverbindliche Besichtigung der Wohneinheit und aller für die Nutzer wichtigen Räumlichkeiten (z. B. Speiseräume, Gemeinschaftsräume etc.) anzubieten (a. a. O.).

In § 11 werden die vom Land Hamburg festgelegten Anforderungen an Wohneinrichtungen beschrieben. Gemäß § 11 Nummer 2 ist der Betreiber verpflichtet, sein Angebot an den spezifischen Bedürfnissen der Mehrzahl der Nutzer auszurichten, regelmäßig auf deren Aktualität zu überprüfen und dementsprechend anzupassen, so z. B. die Fokussierung auf die Betreuung und Versorgung von Menschen mit Demenz etc. In Nummer 3 ist festgelegt, dass die Qualität des Wohnens und der Betreuung stets dem anerkannten allgemeinen Stand der fachlichen Erkenntnisse entspricht

<sup>2</sup> Solange kein anderes Gesetz explizit benannt wird, wird in dem nachfolgenden Text auf die Paragraphen des Hamburgischen Wohn- und Betreuungsqualitätsgesetz Bezug genommen.

und demzufolge regelmäßig überprüft und angepasst werden muss (a. a. O.). Dies betrifft zum einen das Einrichtungskonzept, das den Nutzern eine Teilhabe an der Gesellschaft ermöglichen sowie deren Gesundheit, Mobilität und Selbstbestimmung erhalten und fördern soll. Zum anderen wird eine personelle Ausstattung vorgeschrieben, die erst dann als ausreichend anzusehen ist, wenn die Beschäftigten die ihnen

*„[...] zgedachte[n] Aufgaben, insbesondere die pflegerische und soziale Betreuung der Nutzerinnen und Nutzer der Wohneinrichtungen sorgsam erfüllen können“ (Freie und Hansestadt Hamburg, 2012: 64).*

Zudem ist in der Regel eine Mindestquote von 50 Prozent Fachkräften vorgeschrieben. Abweichungen sind möglich, bedürfen aber des Nachweises, dass die Versorgungsqualität dennoch gewährleistet bleibt (Freie und Hansestadt Hamburg, 2018).

Ein weiterer Aspekt in § 11 Nummer 3 ist die Vorgabe, dass die Wohnausstattung sich am privaten Wohnraum zu orientieren hat, mit dem Ziel, dass die Nutzer sich „zu Hause“ fühlen sollen (Freie und Hansestadt Hamburg, 2012). Das Sich-zu-Hause-Fühlen wird daran bemessen, ob dem Nutzer die Bedürfnisse nach Intimität, Orientierung, Rückzug, Sicherheit und Vertrautheit erfüllt werden sowie ihm die Möglichkeit geboten wird, gewohnten und alltäglichen Beschäftigungen nachzugehen. Zudem wird eine personenzentrierte Betreuung gefordert, die sich vor allem in der Interaktion zwischen Betreuenden und Nutzern festmachen lässt (a. a. O.). Die Nutzer werden demnach als vollwertige Personen wahrgenommen und eingebunden und nicht ausschließlich als Träger von Erkrankungen und/oder Behinderungen. Hinzu kommt, dass das Gesetz eine Kontinuität der Betreuung fordert, was mit der Entwicklung einer vertrauensvollen Beziehung zwischen den Betreuenden und den Nutzern einhergeht. Daher ist der Betreiber aufgefordert, für ein Mindestmaß an Personalwechsel und Vertretungssituationen Sorge zu tragen (a. a. O.).

Mit der Betreuungskontinuität geht die weitere Vorgabe einher, dass die Betreiber die Bezugsbetreuung zu fördern haben. Diese meint, dass benannte Betreuende als feste Bezugspersonen von bestimmten Nutzern fungieren und dementsprechend für die Betreuung dieser Personen verantwortlich sind. Dabei ist der Rahmen der Verantwortung für die Bezugsbetreuung relativ groß.

*„Sie kommuniziert mit allen an der Betreuung Beteiligten [damit auch den Angehörigen, dem Hausarzt etc.; Anm. d. Autors] trifft eigenständig Entscheidungen für die auf Betreuung angewiesene Person und ist für die Qualität der erbrachten Leistungen in der Einrichtung verantwortlich“ (Freie und Hansestadt Hamburg, 2012: 65).*

Ein anderer in § 11 hinterlegter Aspekt ist die Forderung, dass die Bezugsbetreuung über die Lebensbiografie und Lebensgewohnheiten der ihr zugeteilten Nutzer informiert ist und dieses Wissen in der täglichen Betreuung berücksichtigt und mit einbezieht. Ferner ist es Aufgabe der Wohneinrichtung, die Gesundheit der Nutzer zu erhalten und nach Möglichkeiten zu fördern. Dies umfasst die Förderung und Erhaltung der Beweglichkeit, die Bewahrung der Autonomie und der Privatsphäre, das Vorhalten und konsequente Anwenden eines Gewaltschutzkonzeptes, um Gewalt präventiv vorzubeugen sowie die Nutzerinnen und Nutzer vor jeder Form der Gewalt und Ausbeutung zu schützen, wozu auch die Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen gezählt wird. Außerdem soll die Einrichtung eine ausgewogene und abwechslungsreiche Ernährung anbieten (Freie und Hansestadt Hamburg, 2009).

Mit der Ernährung und der dazugehörigen hauswirtschaftlichen Versorgung (die jedoch vertraglich extra vereinbart werden muss) geht auch die aktive Einbindung der Nutzer einher, um deren Alltagskompetenzen zu erhalten und zu fördern (a. a. O.).

Als letzter wesentlicher Aspekt in § 11 wird die Sicherstellung der ärztlichen und sonstigen gesundheitlichen Versorgung definiert, insofern diese durch den Betreiber erbracht werden kann. Diese ist beispielsweise durch Kooperationsverträge mit Ärzten nach § 119 b des SGB V möglich. Ansonsten muss dies über andere Wege sichergestellt werden (a. a. O.).

In § 12 sind die Vorgaben formuliert, die durch die Betreiber der Wohneinrichtungen gewährleistet werden müssen, um die Selbstbestimmung und die gleichberechtigte Teilhabe der Nutzer zu garantieren. So werden die Beschäftigung und der Einbezug der Nutzer unter Berücksichtigung ihrer individuellen Fähigkeiten und Interessen gefordert. Das schließt alltägliche Tätigkeiten ein sowie auch persönliche Präferenzen, wie Musizieren, Malen oder andere

individuelle Hobbies, die in den Alltag sinnvoll zu integrieren sind.

Der Betreiber hat dafür Sorge zu tragen, dass die Nutzer über Veranstaltungen und Aktivitäten im Stadtteil der Wohneinrichtung informiert werden. In welcher Form dies geschieht, ist den Betreibern überlassen, solange die beschriebenen Informationen aktuell sind und die Nutzer rechtzeitig erreichen. Ferner ist gefordert, dass den Nutzern die Wahrnehmung wichtiger sozialer, behördlicher und gesundheitsspezifischer Termine ermöglicht wird (Freie und Hansestadt Hamburg, 2009). Dazu können auch die Angehörigen mit einbezogen werden (Freie und Hansestadt Hamburg, 2012). Auch soll der Kontakt zu den Angehörigen, gesetzlichen Betreuern, Freunden sowie ehrenamtlichen Bezugspersonen gefördert und gepflegt werden, was durch die Wohneinrichtung unterstützt werden muss, wie z. B. durch das Vorhalten von geeigneten Räumen für Begegnungen etc. (Freie und Hansestadt Hamburg, 2009).

Ein weiterer Aspekt ist die Vorhaltung und der Einsatz von geeigneten Hilfsmitteln sowie die Schulung der Betreuenden im Umgang mit diesen. Insofern die Nutzer Anspruch auf Hilfsmittelversorgung haben, sind sie darin durch die Wohneinrichtung bezüglich der Bedarfsermittlung, der Antragsstellung sowie der Beschaffung der Hilfsmittel zu unterstützen (a. a. O.).

§ 13 regelt die Grundlagen der Mitwirkung der Nutzer in ihrer eigenen Betreuung und Versorgung. Diese wird nach kollektiver und individueller Mitwirkung differenziert. Absatz 1 schreibt vor, dass das individuelle Mitspracherecht der Nutzer bezüglich der Gestaltung des Wohnumfeldes sowie der Schlaf-, Essens- und Körperpflegegewohnheiten berücksichtigt werden muss. Bezogen auf die Gestaltung des Wohnumfeldes ist das individuelle Mitspracherecht insofern begrenzt, als dass es dort endet, wo das Wohl und die Gesundheit anderer gefährdet werden könnten, wie beispielsweise beim Brandschutz etc. (a. a. O.).

Nach Absatz 2 sollen die Nutzer Einfluss auf die Wohneinrichtung ausüben können, indem sie nutzerübergreifende Interessen mittels eines Wohnbeirates vertreten, insbesondere bei:

„1. der Aufstellung oder Änderung von Muster- verträgen für Nutzer und der Hausordnung,
2. Maßnahmen zur Verhütung von Unfällen,
3. der Festlegung und Änderung der Entgelte der Einrichtung,
4. der Planung und Durchführung von Veranstaltungen,
5. der Alltags- und Freizeitgestaltung,
6. der Gestaltung und Nutzung von Gemeinschaftsräumen,
7. der Betreuung und Verpflegung,
8. der hauswirtschaftlichen Versorgung,
9. umfassenden baulichen Veränderungen und Instandsetzungen sowie
10. der Erweiterung, Einschränkung oder Einstellung des Betriebes“ (Freie und Hansestadt Hamburg, 2009: § 13 Abs. 2).

Sollte es nicht möglich sein, einen Wohnbeirat zu bilden, so ist laut Absatz 4 die Mitwirkung der Nutzer auf andere Art und Weise sicherzustellen (a. a. O.).

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die betriebsinterne Kommunikation. So wird in § 14 Abs. 1 gefordert, dass zum einen ein Beschwerdemanagement vorgehalten wird und zum anderen regelmäßige Dienst- und Fallbesprechungen abzuhalten sind (a. a. O.).

### 2.3.2 Anforderungen an Qualität aus pflegewissenschaftlicher Perspektive

Die Qualitätsanforderungen an Pflege aus pflegewissenschaftlicher Sicht sind abhängig vom evidenzbasierten oder zumindest dem besten verfügbaren Wissen zu einzelnen Pflegehandlungen und -leistungen. Im Kontrast zur Medizin sind Outcomeparameter deutlich schwieriger zu bestimmen, da sich die Pflege nicht schwerpunktmäßig nach naturwissenschaftlich-medizinischen Aspekten orientieren kann, sondern auch nach sozialwissenschaftlichen,

psychologischen und interkulturellen Gesichtspunkten. Dies führt den standardisierten Methodeneinsatz an Grenzen. Zudem sind die Outcomeparameter in der Pflege häufig durch Multidimensionalität gekennzeichnet und auch multifaktoriell beeinflusst, wie in Kapitel 2.2. dargestellt wurde.

Anders als in der Medizin existieren in der Pflege keine Leitlinien über den pflegespezifischen Umgang mit bestimmten Erkrankungen oder Situationen. Das was den Leitlinien am nächsten kommt, sind die in § 113 Abs. 3 SGB V benannten nationalen Expertenstandards. Diese beziehen sich auf gut beforschte Phänomene der pflegerischen Versorgung. Aktuell existieren zehn Expertenstandards des Deutschen Netzwerkes für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)<sup>3</sup>, wobei einer von diesen für die stationäre Langzeitversorgung thematisch irrelevant ist. Von Bedeutung sind die folgenden Expertenstandards:

- Dekubitusprophylaxe in der Pflege (2. Aktualisierung 2017)
- Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen (1. Aktualisierung 2011)
- Sturzprophylaxe in der Pflege (1. Aktualisierung 2013)
- Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege (2014)
- Förderung der Harnkontinenz in der Pflege (1. Aktualisierung 2014)
- Pflege von Menschen mit chronischen Wunden (1. Aktualisierung 2015)
- Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege (1. Aktualisierung 2017)
- Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen (2015)
- Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz (2018) (DNQP, 2018b).

Aktuell bereitet das DNQP zusätzlich einen Expertenstandard zum Thema Mundgesundheit vor (DNQP, 2018a). Die in den Expertenstandards behandelten Phänomene stellen überwiegend einzelne Aspekte dar, die Teil des gesamten Pflegeprozesses sind, gemäß der Auffassung, dass professionelle Pflege unter anderem als Aufgaben die Förderung und Erhaltung von Gesundheit, die Prävention von Schädigungen und die Unterstützung von Menschen in der Behandlung

3 Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege.

von Erkrankungen hat (Spichiger et al., 2006). Den aktuellsten Expertenstandard ausgenommen beziehen sich die bisherigen Werke auf überwiegend somatische Aspekte. Sie beschreiben das in der internationalen Literatur bestehende Wissen über die Prävalenz, Ätiologie und Behandlung bzw. den Umgang mit diesen Phänomenen sowie die besten verfügbaren Assessments, um das Entstehungsrisiko anhand der Einflussfaktoren einschätzen zu können (DNQP, 2015).

Dementsprechend ist der Qualitätsanspruch in diesem Fall dadurch gekennzeichnet, dass das Personal der Einrichtungen über das fachliche Wissen verfügt, die Entstehungswahrscheinlichkeit anhand empfohlener Assessments, die durch die Einrichtung bereitgestellt werden, einzuschätzen und dementsprechende Pflegemaßnahmen zu planen, durchzuführen und zu dokumentieren.

Einen ebenfalls outcomeorientierten Ansatz verfolgen Wingenfeld et al. mit der Entwicklung ihres Indikatorensets für die gesetzlich vorgeschriebene externe Prüfung stationärer Pflegeeinrichtungen (§ 114 Abs. 2 SGB XI), die sie 2018, gemäß dem Auftrag aus § 113b SGB XI folgend in überarbeiteter Form aufstellten und prüften (Wingenfeld et al., 2011; 2018; Deutscher Bundestag, 1994). Dabei ist zu ermitteln, inwiefern bestimmte klientenzentrierte Indikatoren der sechs unterschiedlichen Qualitätsbereiche ausgeprägt vorliegen. Die Indikatorenwerte werden aus den elektronisch übersandten Daten der Klienten gewonnen. Während der Prüfung in der Einrichtung werden zufällig ausgewählte Klienten befragt bzw. begutachtet und deren Zustand mit der übersandten Dokumentation abgeglichen. Treten Unregelmäßigkeiten auf oder indizieren bestimmte Indikatoren eine Vernachlässigung in der pflegerischen Aufgabenwahrnehmung, werden die dazugehörigen Strukturmerkmale überprüft. Damit soll der Nichtlinearität pflegerischer Dimensionszusammenhänge Rechnung getragen werden (Wingenfeld et al., 2018).

Bei den Qualitätsbereichen handelt es sich konkret um:

- a) Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung
- b) Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
- c) Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte

- d) Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen
- e) Bedarfsübergreifende fachliche Anforderungen
- f) Organisationsaspekte und internes Qualitätsmanagement (a. a. O.)

Der Bereich a) umfasst pflegerische Aspekte, die in der direkten Versorgung der Klienten stehen. Es handelt sich dabei um Themen, die sich in pflegerelevanten Problemen äußern. Darunter fallen die Aspekte Mobilität, Ernährung, Kontinenz und Körperpflege. Unter b) werden alle Themen berücksichtigt, die der Behandlungspflege (im Sinne des SGB V) zugeordnet werden. Der Punkt c) umfasst Aspekte der nächtlichen Versorgung, der Integration von Klienten in Beschäftigungsangebote, der Unterstützung in der Tagesstrukturierung und der Kommunikation. Übergeordnet umfasst dieser Qualitätsbereich die Frage danach, ob eine bedürfnisorientierte Alltagsgestaltung sowie eine Förderung der sozialen Kontakte in geeignetem Maße unterstützt werden. Der Bereich d) stellt einen Sonderbereich dar, der nur bei Klienten mit speziellen Bedürfnissen/Problemlagen überprüft wird. Dabei handelt es sich um Aspekte wie die Überleitung bei einem notwendigen Krankenhausaufenthalt, den Umgang mit herausfordernden Verhaltensweisen, den Einsatz von freiheitsentziehenden Maßnahmen, aber auch die Unterstützung der Klienten bei der Eingewöhnungsphase nach dem Einzug in die Einrichtung. Unter e) werden Themen zusammengefasst, die unabhängig von den Bedürfnissen der Klienten eingehalten werden müssen und als Teil der grundsätzlichen fachlichen Qualität angesehen werden. Dies inkludiert Aspekte wie die biografieorientierte Unterstützung bei allen Klienten, die Wahrung der Persönlichkeitsrechte, den Umgang mit Risiken und Gefährdungen, die Einhaltung von Hygienevorschriften etc. Der letzte Qualitätsbereich f) umfasst Aspekte der Strukturebene sowie der Ablauforganisation einer Einrichtung. An dieser Stelle wird geprüft, ob die durch die Einrichtung hergestellten Rahmenbedingungen eine grundsätzliche pflegerische Versorgung ermöglichen und ob das bestehende Qualitätsmanagement dazu in der Lage ist, eine bedarfs- und bedürfnisgerechte sowie sichere Versorgung zu fördern (a. a. O.).

In Anbetracht der Heterogenität unterschiedlicher Pflege-theorien und -konzepte, der jeweiligen Reichweiten der Beschreibung und der Ausgangspunkte der Betrachtung sind weitere und konkretere Qualitätsaspekte schwer zu identifizieren bzw. nicht erschöpf-

fend darzustellen, da sie einerseits vielschichtig sind und auf der anderen Seite häufig keine überwiegende Zustimmung in der Profession besitzen. Allgemein anerkannt ist, dass Pflege als professionelle Handlung systematisch und planvoll vollzogen werden muss. Dies spiegelt sich in der Etablierung des Pflegeprozessmodells wider, das durch Pflegeforscher in den USA in den 1960er Jahren grundgelegt wurde (Orlando, 1961).

In Deutschland sind in Bezug auf Pflegekonzeptionen in der Altenhilfe in erster Linie die Arbeiten von Liliane Juchli und von Monika Krohwinkel zu benennen. Beide Konzepte orientieren sich an den Bedürfnissen der zu pflegenden Person und werden der Gruppe der bedürfnisorientierten Pflegetheorien zugeordnet. In Deutschland ist in der Altenpflege die fördernde Prozesspflege von Krohwinkel stark verbreitet, weshalb hier im Folgenden auf ihr Modell Bezug genommen wird. Ihrem Konzept zufolge ist es Aufgabe der Pflege, Menschen/Personen dazu zu befähigen, ihre Bedürfnisse zu erfüllen, ihre Probleme zu lösen sowie dabei deren Selbstbestimmung zu respektieren und zu wahren. Konkret definiert Krohwinkel dies wie folgt:

*„[...] die es ihm ermöglichen, als Person ...*

- *Aktivitäten des Lebens zu realisieren, soziale Beziehungen und Bereiche zu sichern und zu gestalten und hierbei mit existenziellen Erfahrungen umgehen zu können*
- *mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen und sich dabei entwickeln zu können“ (Krohwinkel, 2013: 39).*

Um dies erreichen zu können, müssen die individuellen Umgebungsfaktoren, die Ressourcen und die Defizite der Personen bezogen auf die jeweiligen Aktivitäten berücksichtigt werden (ebd.). Krohwinkel beschreibt vier Konzepte, die das Feld der grundlegenden menschlichen Bedürfnisse aufspannen und denen eigene Kategorien zugeordnet sind:

- I Aktivitäten des Lebens realisieren und hierbei mit existenziellen Erfahrungen umgehen können
- II soziale Beziehungen sichern und gestalten und dabei mit existenziellen Erfahrungen umgehen können
- III mit existenziellen Erfahrungen umgehen und sich hierbei entwickeln zu können

IV soziale Bereiche sichern und gestalten und dabei mit existenziellen Erfahrungen umgehen können

Diesen Konzepten liegt die Erkenntnis zugrunde, dass der Mensch bei allen Aktivitäten des Lebens, in seinen sozialen Beziehungen und in der Sicherung der sozialen Bereiche stets Erfahrungen macht und diese, je nach Intensität der gemachten Erfahrung, existenziell erlebt werden können (Krohwinkel, 2013).

Die Kategorien des Konzeptes I umfassen ähnliche Bereiche wie die Aktivitäten des täglichen Lebens von Juchli (Mayer und Lehmann, 2014). Es handelt sich dabei um die Bedürfnisse,

- kommunizieren zu können,
- sich bewegen zu können,
- vitale Funktionen aufrechterhalten zu können,
- sich pflegen zu können,
- sich kleiden zu können,
- ausscheiden zu können,
- essen und trinken zu können,
- ruhen, schlafen und sich entspannen zu können,
- sich beschäftigen zu können,
- die eigene Sexualität leben zu können sowie
- für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen zu können.

Dem Konzept II sind die Kategorien zugeordnet, dass die pflegebedürftigen Personen mit sich selbst und mit anderen im Kontakt sein und bleiben sowie dass Beziehungen erlangt bzw. wiedererlangt und erhalten werden können (Krohwinkel, 2013).

Die diesen Prinzipien zugeordneten Kategorien können aus der Qualitätsperspektive als Anforderungen an eine prozessorientierte Pflege betrachtet werden. Dafür müssen die damit verbundenen Bedürfnisse unter Einbeziehung der pflegebedürftigen Person (Aktivierung und Nutzung der vorhandenen Fähigkeiten sowie Berücksichtigung der individuellen Defizite) in deren Sinne befriedigt werden. Die damit verbundenen Erfahrungen sollen fördernd und sinnstiftend erlebt und verstanden werden bzw. wenn diese einen belastenden oder gefährdenden Charakter aufweisen, soll die betroffene Person befähigt werden, mit diesen umgehen zu lernen, wie Krohwinkel es im Konzept III weiter ausgeführt hat (a. a. O.).

### 2.3.3 Anforderungen an Qualität aus Bewohnerperspektive

Die Klienten stellen andere Anforderungen an die Qualität als die Pflegewissenschaft oder die Angehörigen, dennoch existieren thematische Schnittmengen, auch wenn diese zum Teil unterschiedlich ausgelegt werden. Basierend auf älteren Studien wurden bereits kritische Diskussionen darüber geführt, ob Klienten in der Lage sind, qualitätsbezogene Anforderungen an die Einrichtungen, in denen sie leben, zu stellen. Hintergrund dieser Diskussion war, dass die Klienten in den Studien vor allen Dingen Anforderungen an sich selbst stellten, um zu lernen, mit den altersbedingten und sich sukzessiv vermehrenden Einschränkungen konstruktiv umzugehen. Dabei wurden jedoch die Einflussmöglichkeiten und die Verantwortung der Einrichtungen von den Klienten gedanklich nicht mit einbezogen (Gebert und Kneubühler, 2003).

Die aktuellere Studienlage gibt jedoch durchaus Hinweise darauf, dass die Klienten bestimmte Vorstellungen haben, wie sie sich das Leben in einer Einrichtung vorstellen. Josat (2006) befragte die Klienten unterschiedlicher Einrichtungen danach, welche Qualitätskriterien ihnen wichtig sind. Dabei wurde deutlich, dass allem voran das Streben nach Autonomie in dem neuen Lebensumfeld für die Klienten von besonderer Bedeutung ist und sie der Unterstützung der Einrichtung dabei die größte Priorität einräumen. Der zweite maßgebliche Aspekt ist der Umgang mit Langeweile, bei dem die Einrichtung ebenfalls unterstützend tätig sein kann. Eine in den Interviews beschriebene Aussage stellt die Zufriedenheit dar. Diese wurde von den Klienten immer wieder genannt und scheint sich dann einzustellen, wenn die zuvor genannten Punkte ausreichend erfüllt werden. Die Autorin begründet das Autonomiestreben mit den Verlusterfahrungen der Klienten, die diese durch den Heimeinzug erleben. Sie verlieren ihre alte Lebensumgebung, die Privatsphäre ihres Eigenheims bzw. der Wohnung, ihren sozialen Kontakt im Sinne von Nachbarschaft, Gemeinde und Freunden. Daher ist es für die Klienten im Sinne der Wahrung der Autonomie von Bedeutung, ob sie sich selbst freiwillig für einen Heimeinzug entscheiden haben und die Einrichtung wählen konnten oder ob sie aufgrund eines plötzlichen Verlustes von Selbstständigkeit in eine verfügbare Einrichtung umziehen mussten (Josat, 2006).

Das Autonomiestreben umfasst der Autorin nach die folgenden Aspekte:

- Heimauswahl
- Zimmerwahl
- Heimeinzug an sich
- Mobilität
- eigene Gewohnheiten beibehalten zu können
- Umgang mit dem Sterben und dem Tod
- Umgang mit der pflegerischen Hilfe
- Umgang mit körperlichen Übergriffen
- Aufrechterhaltung sozialer Kontakte
- freie Wahl, wo man sich aufhalten kann
- Teilnahme an Reisen und dem gesellschaftlichen Leben (a. a. O.)

Die genannten Aspekte sind entweder Ausdruck des eigenen Willens oder eine Bedingung, um die eigene Autonomie erfahren zu können. Ist beispielsweise die Mobilität eingeschränkt, kann die betroffene Person nicht ohne Hilfe die Orte aufsuchen, die sie zu besuchen wünscht. Ihre Mobilität hängt dann von der Unterstützung anderer ab und schränkt sie in der Verwirklichung der eigenen Ziele ein.

Eine aktuelle Studie aus Norwegen kommt zu ähnlichen Ergebnissen. In ihr wurde der Frage nachgegangen, was Klienten und Angehörige für sich als „gutes Leben“ in einer Pflegeeinrichtung definieren und welche ethischen Herausforderungen dahingehend bestehen. Auch in dieser Studie nehmen die Autonomie und die Selbstbestimmung eine herausragende Stellung ein. Diese zu erhalten bzw. wiederzuerlangen, wurde mit einem hohen Maß an Anstrengung assoziiert, bei der die Unterstützung seitens der Einrichtung hilfreich sein kann. Die Klienten erleben sich selbst in den Einrichtungen unterschiedlich stark eingeschränkt und verbinden einen Teil ihrer Autonomie mit der Einstellung und der Arbeitsweise der Pflegenden. Grundsätzlich unterliegen die Klienten einer engmaschigen Beobachtung und Kontrolle und festgelegten Tagesabläufen. Sie können nicht bestimmen, wann sie essen möchten, ob und wann sie rauchen dürfen, haben keinen oder nur geringen Einfluss auf den eigenen Tagesablauf etc. Der Grad dieser Einschränkungen hängt jedoch von den Pflegenden ab, die den Klienten die nötigen, individuellen Freiräume einrichten können und somit einen starken Einfluss auf die Autonomiebestrebungen haben (Bollig, Gjengedal und Rosland, 2016).

In der benannten Studie wurden auch die Akzeptanz und Adaption an die neue Lebenssituation beschrieben, die die Klienten nach dem Heimeinzug zu leisten haben. Ferner spielt das Wohlfühlen und „gute Leben“ eine wichtige Rolle. Diese werden durch die Dimensionen der Teilhabe am täglichen Leben sowie an sozialen Kontakten konstituiert und erfordern einerseits die Unterstützung durch die Einrichtung, aber auch das aktive Angehen durch die Klienten selbst. Ein für das Wohlergehen weiterer wichtiger Aspekt ist der Kontakt bzw. die Beziehung zu den Pflegenden. In dieser Befragung definierten die Klienten eine gute Pflegekraft als jemanden, der sie wahrnimmt und Anteil nimmt bzw. sich um sie kümmert (a. a. O.).

Einer Befragung von Thiele-Sauer, Feichtinger und Baumann (2008) zufolge bewerten Klienten von stationären Einrichtungen und deren Angehörige ihre Möglichkeiten, auf das Leben im Heim Einfluss zu nehmen sowie soziale Kontakte in der neuen Lebensumgebung knüpfen zu können, als eher gering. Zudem schätzen sie ihren finanziellen Spielraum als geringer ein. Jedoch bewerten die Klienten als positive Aspekte, dass sie sich in der Einrichtung sicherer fühlen und sich bezogen auf ihre Gesundheit besser versorgt erleben.

In einer niederländischen Studie von 2016 wurden die Klienten befragt, welche Aspekte für sie in einer stationären Pflegeeinrichtung erfüllt sein müssen, um ein optimales Gefühl von Zuhausesein zu bewirken. Dabei wurden die folgenden Kategorien benannt:

- Autonomie und Kontrolle
- Gebäude und Raumgestaltung
- Essen und Trinken
- Einbezug von Angehörigen
- Begegnung mit anderen
- Einbindung in Aktivitäten
- Qualität der Pflege
- Verbindung zur Natur und zum Draußen

Ähnlich wie in den anderen Studien sind auch in dieser Publikation die Angaben der Klienten bezüglich Autonomie und Kontrolle eindeutig. Es ist für die Klienten sehr wichtig, respektiert, anerkannt und gleichberechtigt behandelt zu werden sowie die Gestaltung des Alltags mitbestimmen zu können (van Hoof et al., 2016).

Das Gebäudedesign an sich kann abweisend oder einladend auf die Klienten wirken. Bezogen auf die Raum-

gestaltung wünschen sich die Befragten das größtmögliche Maß an Gestaltungsfreiheit, um den Raum nach ihren Wünschen auszustatten. Dabei ist von Bedeutung, dass die Objekte im eigenen Raum auch den Klienten gehören und sie die Freiheit haben, zu entscheiden, was sie wo liegen lassen. Das Essen und Trinken stellt einen ebenfalls wichtigen Punkt dar, der jedoch individuell unterschiedlich gewichtet wird. Einige Klienten erfreuen sich daran, beim Kochen mitwirken zu können, während andere eher glücklich damit sind, dass sie bedient werden und sich um nichts zu kümmern haben. Angebote wie eine Kaffeerunde werden allgemein wertgeschätzt, weil sie Abwechslung anbieten und auch als soziales Geschehen wahrgenommen werden (a. a. O.).

Der Einbezug von Angehörigen ist den Klienten insofern wichtig, als dass sie besucht werden wollen und direkten Kontakt zu ihren Angehörigen oder Zugehörigen haben sowie durch Bilder im eigenen Raum an sie erinnert werden möchten. Hingegen legen sie weniger Wert auf die Unterstützung durch die Angehörigen selbst. Ähnlich verhält es sich bezogen auf den Bereich der Begegnung. Um sich zu Hause fühlen zu können, benötigen die Klienten aktive soziale Kontakte und wünschen sich, Teil einer Gruppe zu sein, auch wenn dies die Privatsphäre einengen würde. Dabei wird der Aspekt des Aktivseins hervorgehoben, da sich die Klienten auch in einer Gruppe exkludiert und einsam fühlen, wenn sie darin keine aktive Einbindung und Wertschätzung erfahren (a. a. O.).

Eine andere Dimension ist die Qualität der Pflege an sich. Hierbei wird von den Klienten nicht die Pflegehandlung als solches bewertet, da ihnen dazu die Expertise fehlt. Sie geben aber an, dass sie auf die Professionalität der Pflegenden vertrauen müssen und sich sicher fühlen müssen. Aufgrund unterschiedlicher Erfahrungen erleben die Klienten eine kontinuierliche Spannung zwischen Vertrauen und Misstrauen den Pflegenden gegenüber. Als Kennzeichen guter Pflege werden Offenheit für Gespräche, die Pflegenden als gute Hilfe für die Umsetzung ihrer Bedürfnisse sowie ein professionelles Herangehen an pflegespezifische Handlungen genannt (a. a. O.).

Die Verbindung zur Natur und zum Draußen ist eine weitere Qualitätsdimension für die Klienten, gerade für jene Menschen, die früher mit Tieren oder draußen gearbeitet haben. Der direkte Zugang zur Natur ermöglicht es ihnen, durch das Spaziergehen oder den



Blick aus dem Fenster sich einerseits an die vergangenen Zeiten zu erinnern und weiter in Verbindung mit der Natur zu stehen. Dies ist besonders für Einrichtungen in urbanen Gebieten von Bedeutung (a. a. O.).

Die letzte von den Klienten umschriebene Dimension ist das Coping. Der Einzug in die Einrichtung ist für die Klienten mit einem hohen Maß an Verlusten verbunden. Sie geben ihr eigenes Zuhause auf, um in der Einrichtung ein neues zu erhalten, das aber nicht mit Erinnerungen und Emotionen verknüpft ist. Häufig ist auch der Verlust des Partners und der sozialen Kontakte ebenfalls ein Teil dieser Umsiedlung. Sich mit diesen Umständen abzufinden, fällt den Klienten schwer, und häufig wird die Situation eher geduldet als akzeptiert oder es stellt sich Resignation ein (a. a. O.).

### 2.3.4 Anforderungen an Qualität aus der Angehörigenperspektive

Die Perspektive der Angehörigen auf das, was die Qualität der stationären Langzeitversorgung ausmacht, deckt sich in Teilen mit der der Klienten. Dennoch gibt es auch Unterschiede. Entscheidend für die Angehörigen ist, dass der Mensch, den sie in die Obhut einer Einrichtung übergeben haben, sich dort auch wohlfühlt. Ist dies gegeben, so sind die Angehörigen in der Lage, über Aspekte hinwegzusehen, die sie selbst kritisch einschätzen würden (Josat, 2005).

In einer qualitativen Studie konnten Bartholomeyczik und Schrems (2004) Mindestanforderungen an die Qualität von stationären Langzeitpflegeeinrichtungen aus Sicht der Angehörigen identifizieren. Demnach stellen für die Angehörigen die folgenden Aspekte ein Muss dar: Die Einrichtung soll Veranstaltungsangebote vorhalten, so z. B. Ausflüge, Spielrunden, abendlicher Umtrunk etc. Neben den gesellschaftlichen Veranstaltungen sollen auch Angebote mit therapeutischem Charakter unterbreitet werden, bei denen beispielsweise Gymnastik gemacht, das Gedächtnis trainiert wird etc. Ein anderer Aspekt ist die Unterstützung durch die Einrichtung, dass die Bewohner Kontakte knüpfen und in ihrer neuen Umgebung ein soziales Netz aufbauen können. Zugleich erscheint es den Angehörigen unabdingbar, dass die Bewohner in ihrer Selbstständigkeit unterstützt werden, z. B. indem sie sich zurückziehen sowie Fernsehen oder Ruhezeiten wahrnehmen können. Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Angehörigenarbeit, womit Aspekte wie die Informationsweitergabe, Gesprächs-

und Beratungsangebote etc. zusammengefasst sind. Ein weiteres Muss sind das Angebot und die Unterstützung bezüglich des Essens und des Trinkens. Das Essen soll zum einen gut zubereitet sein und schmecken, aber die Klienten müssen auch die ggf. benötigte Unterstützung dabei erhalten und im Essverhalten sowie in der Medikamenteneinnahme kontrolliert werden. Gleiches gilt auch für das Getränkeangebot und die Flüssigkeitsversorgung. Auch das Vorhalten einer Cafeteria und einer Wäschereinigung wird als obligatorisch angesehen. Wesentliche Anforderungen der Angehörigen an das Personalwesen sind, dass das Personal genügend qualifiziert ist, in seiner Betreuungsleistung kontinuierlich ist und genügend Zeit hat, eine individuelle Betreuung leisten zu können. Zudem soll bei der Körperpflege auf die individuellen Gewohnheiten und Wünsche der Bewohner eingegangen und die Intimsphäre gewahrt werden. Schließlich ist die Ermöglichung und Berücksichtigung der Privatsphäre der Klienten zwingend notwendig (Bartholomeyczik und Schrems, 2004).

Eine international häufig zitierte Studie zu diesem Thema wurde von Rantz et al. (1999) durchgeführt. Durch die qualitative Befragung der „Kunden“ (customers), also Angehörigen sowie Klienten konnten die Autoren sechs Dimensionen identifizieren, die konstituierende Kategorien umfassen. Dabei handelt es sich zum einen um das Personal, das in ausreichender Zahl vorhanden und gut ausgebildet sein soll. Personalwechsel sollten durch die Einrichtung nach Möglichkeiten gering gehalten werden, um in der Pflege und Betreuung eine Kontinuität herzustellen und damit den Klienten und Angehörigen eine informierte, vertraute Pflegefachperson zur Verfügung zu stellen, die die individuellen Bedürfnisse, Vorlieben und Abneigungen der Bewohner kennt und berücksichtigt.

Im Original wird die zweite Dimension als „Care“ bezeichnet, die jedoch in ihrer Bedeutung deutlich weiter gefasst ist als der deutsche Begriff „Pflege“. Daher wird diese Dimension hier als Versorgung bezeichnet. Diese umfasst diverse unterschiedliche Aspekte wie (Körper-)Pflege, individuelle Unterstützung, Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse, Versorgung mit individuell bevorzugter Nahrung inklusive Sicherstellung, dass die Klienten diese auch zu sich nehmen können, sowie das Anbieten von verschiedenen Aktivitäten für die Klienten. Es wurden aber auch Aspekte genannt, wie Sorge dafür zu tragen, dass das Eigentum der Klienten nicht verloren geht (a. a. O.).

Der Einbezug der Familie stellt die dritte Dimension dar. Diese wird von den Angehörigen als sehr wichtig eingestuft. Sie kennen die Klienten sehr lange und gut, können diese gut „lesen“ und die Pflegenden in der Einrichtung anleiten, wie die individuelle Pflege für den Bewohner am besten umgesetzt werden kann. Angehörige scheinen sich selbst eine Schlüsselrolle zuzuschreiben, wenn es darum geht, dass die Pflegenden den Klienten die richtige Versorgung zukommen lassen und diese in deren Sinne durchführen (a. a. O.).

Der vierte wichtige Bereich ist die Kommunikation. Diese wurde in drei Teilaspekte aufgeschlüsselt. Zum einen ist die einrichtungsinterne Kommunikation von Bedeutung. Hierbei ist ein zentraler Aspekt, dass Informationen über die einzelnen Klienten auch an alle Personen weitergeleitet werden, um die Versorgung deren Bedürfnissen entsprechend zu gestalten. Der zweite Teilaspekt ist die Kommunikation zwischen dem Personal und den Angehörigen, um den Informationsfluss aufrechtzuerhalten. Drittens ist die verbale und nonverbale Kommunikation zwischen dem Personal und den Bewohnern von besonderer Bedeutung, um auf die Bewohner eingehen und die Versorgung in deren Sinne leisten zu können (Rantz et al., 1999).

Die fünfte Dimension stellt das Zuhause sein dar. Diese wird von den Angehörigen deswegen als wichtig erachtet, weil die Einrichtung für die Klienten der neue und mit hoher Wahrscheinlichkeit finale Wohnraum sein wird. Der entscheidende Aspekt wird darin gesehen, dass eine Einrichtung nicht wie eine Institution wirken soll, sondern wie ein heimeliger Ort, an dem sich die Klienten gerne aufhalten und als ihr Zuhause annehmen können. Die letzte Dimension wird von den Autoren als die Umgebung bezeichnet. Diese ist durch den vorherrschenden Geruch, die Akustik, die Größe und Einrichtung der Räume, das Vorhandensein von natürlich Lichtquellen, die Sauberkeit und den Zustand der Umgebung etc. gekennzeichnet. All diese Aspekte tragen dazu bei, wie die Umgebung auf die Klienten und die Angehörigen wirkt (a. a. O.)

Nübling et al. (2004) haben einen konstruierten Fragebogen zur Erfassung der Qualität von Altenpflegeeinrichtungen auf seine Eignung zum Einsatz in stationären Pflegeeinrichtungen privater Träger geprüft. Dieser Fragebogen richtet sich an die Angehörigen von Klienten und umfasst neun Bereiche mit 63 Items. Bei den Bereichen handelt es sich konkret um:

- allgemeine Einrichtungsaspekte (Lage, Erreichbarkeit, architektonische Gestaltung etc.)
- Räumlichkeiten/Bewohnerzimmer (Größe des Zimmers, Ausstattung etc.)
- Pflege und Betreuung (Qualität der Pflege, Unterstützungsangebote, Möglichkeit über Sorgen zu sprechen, spezifische Angebote etc.)
- ärztliche Versorgung (Qualität der ärztlichen Versorgung, Erreichbarkeit von Ärzten, freie Arztwahl etc.)
- kulturelle und aktivierende Angebote (Angemessenheit, Vielseitigkeit des kulturellen Angebotes etc.)
- Personal (Umgang mit den Bewohnern, Verlässlichkeit, fachliche Kompetenz etc.)
- Verpflegung, hauswirtschaftliche und sonstige Serviceleistungen (Qualität des Essens, Vielseitigkeit der Mahlzeiten, Getränkeangebote, Qualität der Wäschereinigung etc.)
- Verwaltung (Pünktlichkeit und Transparenz der Abrechnungen, Verständlichkeit des Heimvertrages etc.)
- Kooperation mit Angehörigen (Informationen über Pflegemaßnahmen, Umgang des Personals mit den Angehörigen, Einbindung der Angehörigen etc.) (Nübling et al., 2004)

In einer umfassenden qualitativen Studie zur Fragestellung über die Bedeutung der Würde in stationären Pflegeeinrichtungen wurden in Dänemark, Norwegen und Schweden Angehörige von Klienten bezüglich ihrer Perspektive zu dem Thema befragt. Dabei konnten die Forscher drei Dimensionen herausarbeiten. Einmal wird das Sich-zu-Hause-Fühlen (at-homeness) als ein Aspekt von Würde verstanden. Dem ersten Kontakt zwischen den Klienten und dem Personal einer Einrichtung wird dabei große Bedeutung zugemessen. Diese Begegnung legt den Grundstein dafür, ob sich die Klienten wertgeschätzt fühlen. Ein weiterer Aspekt ist, dass die Pflegenden eine gute Beziehung zu den Klienten pflegen und den Angehörigen berichten können, wie es diesen ergeht. Schließlich ist für die Angehörigen die empfundene Sicherheit der Klienten in ihrem eigenen Raum ebenfalls ein bedingender Faktor, dass diese sich zu Hause fühlen können (Rehnsfeldt et al., 2014).

Ein anderer Aspekt der Würde von Klienten ist das kleine Extra, das von den Autoren als kleine Zeichen und Handlungen des Respektes, der Anerkennung und der Wertschätzung vonseiten des Personals

beschrieben wird. Darunter fallen z. B. wiederkehrende Begrüßungsrituale, der behutsame Umgang mit den Klienten, wenn die Pflegenden in deren Privat- und/oder Intimsphäre eindringen müssen etc. Es zeigt den Klienten, dass das Personal sie tatsächlich in ihrer Ganzheit und Individualität als Person wahrnimmt. Bei der dritten beschriebenen Dimension handelt es sich um den würdevollernden ethischen Kontext. Damit sind alle Handlungen verbunden, die zu einer Entwürdigung eines Menschen führen, wie z. B. den Klienten die Kontrolle über einen Teil ihres Lebens zu entziehen, sie durch Infantilisierung wie unmündige Kinder zu behandeln etc. (a. a. O.).

Parallel zu den Klienten haben van Hoof et al. (2016) auch die Angehörigen zu den im vorherigen Kapitel aufgezählten Dimensionen befragt. Obwohl es sich um die gleichen Dimensionen handelt, setzen die Angehörigen dort andere Qualitätskriterien an, als es bei den Klienten der Fall ist. Bezogen auf die Autonomie und Kontrolle wünschen sich die Angehörigen, dass den Klienten genug Raum gegeben wird, dass ihre Wertvorstellungen und Standards berücksichtigt werden, sie dabei keinen Zwang erleiden müssen und nach Möglichkeit einen nur geringen Einfluss auf die Umsetzung der eigenen Wünsche erleben (van Hoof et al., 2016).

Die Anforderungen der Angehörigen an das Gebäudedesign und die Raumgestaltung sind weniger atmosphärisch geprägt als pragmatisch. Die privaten Räume der Klienten sollten mit eigenen Möbeln und geliebten Gegenständen ausstattbar sein, ausreichend Platz für Kleidung bieten, genug Platz für Ablagemöglichkeiten und Stauraum für weitere Habseligkeiten besitzen. Zudem sollten bestimmte Ausstattungsmerkmale für alle in ausreichender Menge/Erreichbarkeit zugänglich sein, wie z. B. WCs, aber auch der Zugang zum Wi-Fi-Netzwerk. Darüber hinaus wünschen sich die Angehörigen für die Klienten ausreichenden Raum, dass diese sich frei bewegen können und nicht beengt werden. Die Ausstattung sollte sich thematisch nach der Jugend- und Erwachsenenzeit der Klienten richten, um ihnen ein vertrautes Gefühl zu vermitteln (a. a. O.).

Die Angehörigen messen dem Essen und Trinken ein hohes Maß an Bedeutung für das Sich-zu-Hause-Fühlen bei. Gut gefüllte Kühlschränke laden zum einen dazu ein, dass sich die Klienten frei bedienen können, und zum anderen vermitteln sie eine Form der Sicherheit und eine familiäre Atmosphäre sowie ein gewisses

Maß an Wohlstand. Der Geruch von frisch zubereitetem Essen wird von den Angehörigen für die Entstehung einer angenehmen und familiären Atmosphäre als hilfreich empfunden. Wichtig ist ihnen auch, dass die Portionen der Mahlzeiten individuell gestaltet werden können und auch ein Nachschlag für die Klienten immer möglich ist. Dies vermittelt Sicherheit und Selbstbestimmung, indem die Nahrungsmenge nicht von Dritten portioniert wird, sondern vom eigenen Willen abhängt (ebd.).

Hinsichtlich des Einbezugs der Angehörigen erwarten diese von der Einrichtung freundlich und warm empfangen zu werden. Die Art, wie die Einrichtung sich den Angehörigen zeigt, beeinflusst deren Bereitschaft, die Klienten zu besuchen. Angehörige möchten auch am Leben der Klienten teilhaben und wissen, wie es ihnen geht. Sie fühlen sich häufig als Fürsprecher der Klienten in deren Belangen. Den Angehörigen ist es ebenfalls wichtig, dass die Einrichtung die aktive Einbindung der Klienten unterstützt. Dafür sehen die Angehörigen Aspekte als bedeutsam, die mögliche soziale Kontakte anbahnen und festigen und somit ein Gefühl des Zu-Hause-Seins begünstigen. Darunter fallen Aspekte wie gemeinsame Aktivitäten in haushaltsbezogenen Bereichen, gemeinsame Aktionen wie z. B. Spielerunden etc. Auch soziale Treffpunkte werden positiv bewertet, wie ein gemeinsamer Küchentisch, Sitzgelegenheiten um einen Kamin etc. Grundsätzlich erleben die Angehörigen, dass die Klienten das Gros ihrer sozialen Kontakte zu Menschen außerhalb der Einrichtung pflegen und in erster Linie von diesen auch Einbezug erfahren. Dies sollte jedoch auch in der Einrichtung möglich sein und gefördert werden (a. a. O.).

Den Angehörigen ist bewusst, dass sie sich zu den fachlichen Aspekten der Qualität der Pflege nicht äußern können. Es bleibt die Notwendigkeit, darauf vertrauen zu können, dass das Personal die essenziellen Gesichtspunkte fachlich korrekt durchführt. Sie wünschen sich jedoch, dass sie selbst Wünsche zur Durchführung der Pflege bei den Klienten einbringen können und diese auch Berücksichtigung finden. In den Interviews haben die Angehörigen Charakteristika benannt, die für sie eine „gute“ Pflegekraft ausmachen. Dabei handelt es sich um folgende Eigenschaften:

- sie ist motiviert,
- sie ist aufmerksam der Gefühlslage der Klientin/Angehörigen gegenüber,

- sie kann eine positive Atmosphäre schaffen,
- sie ist den anderen Mitarbeitern gegenüber gute Kollegin,
- sie berücksichtigt die Werte der einzelnen Klienten,
- sie ist gut ausgebildet,
- sie kann mit den Angehörigen angemessen kommunizieren und in einen Dialog treten (van Hoof et al., 2016).

Die Angehörigen haben weitere Aspekte beschrieben, die zu zwei weiteren Qualitätsdimensionen führten, die aus den Angaben der Klienten in der Studie nicht gewonnen werden konnten. Einmal geht es um die Organisation und Bereitstellung von Pflege. Die Angehörigen verbinden damit, dass sie bei ihren Besuchen aufseiten des Personals bekannte Gesichter sehen, also eine gewisse Kontinuität für die Klienten gewährleistet ist. Sie möchten mit einer konsistenten Gruppe von Pflegenden sprechen können. Für Ehepartner soll es die Einrichtung ermöglichen, beide (auch nachträglich) in eine Wohneinheit bzw. ein Zimmer unterzubringen und zu versorgen. Darüber hinaus stellt die Sicherheit der Habseligkeiten der Klienten ein Kennzeichen für eine gute Organisation dar. Die andere zusätzliche Dimension ist das Von-Bedeutung-Sein. Die Angehörigen äußerten in den Interviews den Wunsch, dass die Klienten von den Mitarbeitern der Einrichtung und auch den anderen Klienten gehört werden und diese ihnen auch Bedeutung beimessen. Die Menschen in den Einrichtungen sollen sensibel gegenüber einem möglichen Gefühl der Einsamkeit der Klienten sein und dieser aktiv entgegenwirken. Ein anderes Kennzeichen ist, dass die Klienten in der Lage sein sollen, ihren alten Gewohnheiten nachgehen und ihr Leben nach ihren eigenen Vorstellungen gestalten zu können. Sie müssen gesehen, erkannt und anerkannt werden, um von Bedeutung sein zu können (a. a. O.).

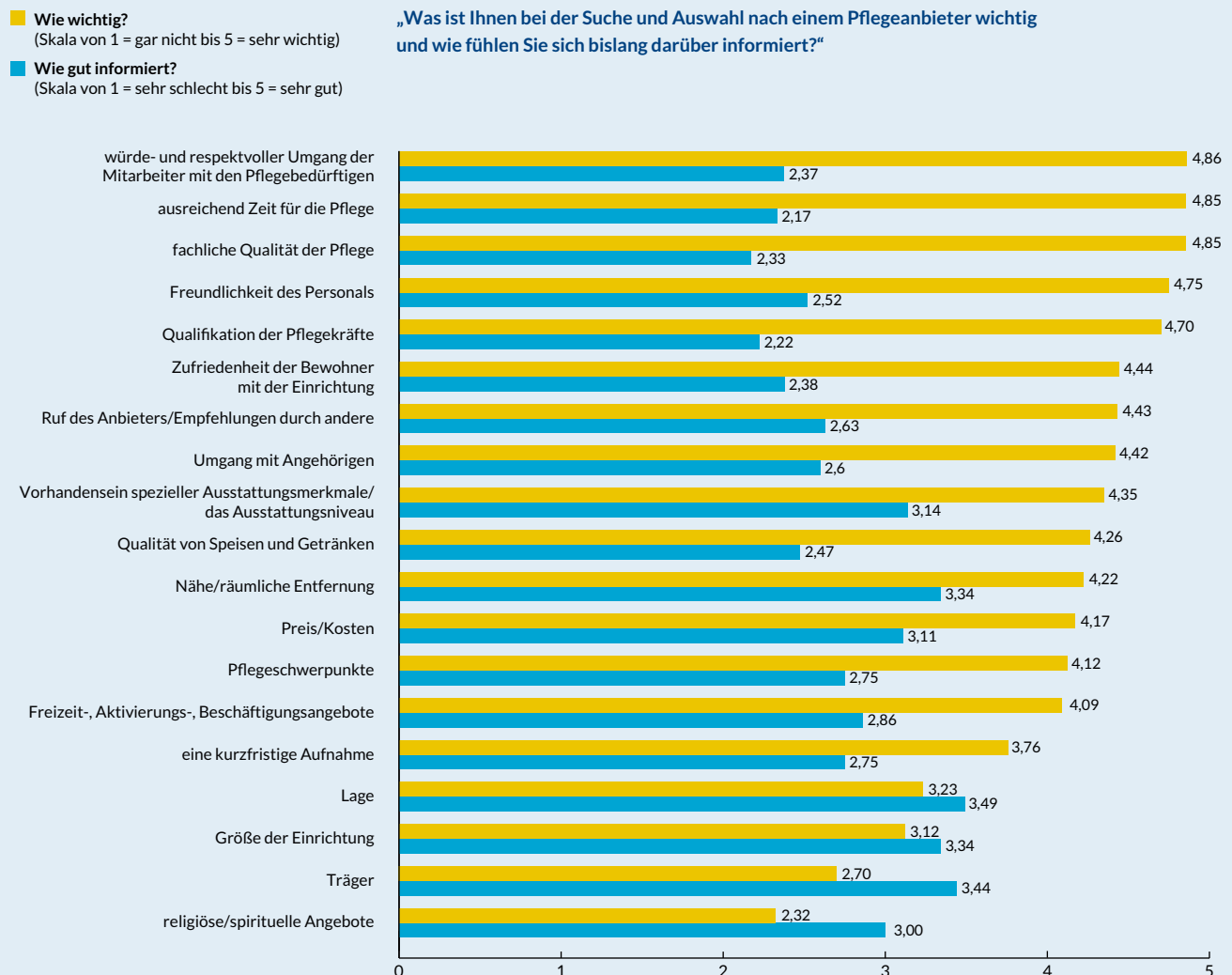
Für das Reformkonzept der Weissen Liste wurden ebenfalls Dimensionen aus Literaturanalysen sowie Expertengesprächen gewonnen, die für die Lebensqualität von Menschen, die sich in stationären Pflege-settings befinden, bedingend sind. Zudem hat die Weisse Liste die Nutzer ihrer Website nach verschiedenen qualitätskritischen Kennzeichen in einem standardisierten Verfahren befragt. Die Nutzer (73 Prozent davon waren Angehörige und 14 Prozent zukünftige Klienten, die für sich selbst eine Einrichtung suchten)

sollten auf einer Skala von eins bis fünf<sup>4</sup> einschätzen, für wie wichtig sie diese Kennzeichen einschätzten und wie gut sie sich über diese Kriterien informiert fühlten. In Abbildung 3 sind die Ergebnisse der Einschätzungen visualisiert. Die Zahlen verdeutlichen, dass die in diesem und dem vorhergehenden Kapitel bereits genannten Aspekte für die Nutzer von hoher Bedeutung sind. Zugleich zeigt sich, dass sich die Nutzer gerade in den als wichtig eingeschätzten Aspekten schlecht informiert fühlten. Die Zahlen deuten an, dass sich die Nutzer bei den Kriterien umso schlechter informiert erachteten, je wichtiger ihnen diese waren (Strotbek et al., 2017).

Letztlich wurden acht konstituierende Dimensionen zur Lebensqualität der Klienten gebildet, die die verschiedenen Kennzeichen beinhalten. Dabei handelt es sich um *Würde und Respekt, Spiritualität und Sinngebung, Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit, Wohnen und hauswirtschaftliche Versorgung, Mitwirkung und Information, Gesundheit und Wohlbefinden, Sicherheit sowie Teilhabe und Beschäftigung* (Strotbek et al., 2017).

4 Eins steht für „gar nicht wichtig“ und fünf für „sehr wichtig“, bzw. eins steht für „sehr schlecht informiert“ und 5 für „sehr gut informiert“.

ABBILDUNG 3 Ergebnisse der Nutzerbefragung der Weissen Liste



Quelle: Abbildung entnommen aus Strotbek et al., 2017.

## 2.4 Qualitätsmessung in der Pflege

Dieses Kapitel dient der Darstellung dessen, wie die Messung von Qualität aus methodologischen Gesichtspunkten heraus erfolgen sollte, um zu belastbaren und aussagekräftigen Qualitätseinschätzungen zu kommen.

Rantz et al. (1999) weisen auf die Notwendigkeit hin (wie in Kapitel 2.1 und 2.2 beschrieben), dass für eine Qualitätsmessung im Vorfeld eine Definition des Qualitätsbegriffs vorhanden sein muss sowie ein konzeptuelles Modell über die zu messende Qualität, um eine

Vergleichbarkeit zu ermöglichen. Aus Perspektive der klassischen Testtheorie (KTT) stellt Qualität ein Konstrukt dar, das einen Zustand beschreibt. Ein solches Konstrukt hat auf einer theoretischen Herleitung zu beruhen, die im besten Fall empirisch überprüft wurde. Derartige (Test-)Theorien besitzen nicht allein einen beschreibenden, sondern vor allem einen erläuternden Charakter, der die Verhältnisse zwischen den Indikatoren und dem Konstrukt bzw. der latenten Variable erklären soll. Dabei sind in der KTT zwei Modelle denkbar: Einmal kann es sich um ein reflektives Modell handeln oder aber um ein formatives Modell.

Beim reflektiven Modell unterstellt die KTT dem zu testenden Konstrukt, dass es eindimensional ist und sich auf die Indikatoren auswirkt. Dies hängt damit zusammen, dass es sich in der Regel bei den zu testenden Konstrukten um Fähigkeiten, Eigenschaften, Fertigkeiten oder Zustände handelt, die allein als bedingender Faktor für die Beantwortung/Erfüllung etc. von Indikatoren postuliert und dementsprechend geprüft werden. Ist ein Konstrukt unterschiedlich stark ausgeprägt, wird sich das auf der Ebene der Items widerspiegeln. So ist z. B. die Intelligenz eines Menschen dafür ausschlaggebend, wie viele bzw. wie gut er bestimmte Probleme (also Indikatoren) lösen kann. Die Lösungsfähigkeit stellt die Repräsentation der Intelligenz dar und kann dementsprechend nicht die Intelligenz beeinflussen (Bühner, 2011).

Die Prüfung der Konstruktvalidität von Instrumenten nach Maßgabe der KTT erfolgt nach Verfahren, die bestimmte testtheoretische Vorannahmen prüfen, die korrekt sein können, unabhängig davon, ob das Instrument unangemessene Inhalte überprüft (Bartholomeyczik, 2009). Bei diesen Annahmen handelt es sich unter anderem um die Merkmals- und Umgebungsstabilität, die Merkmalsstetigkeit, ob die beobachtbaren Merkmale normalverteilt sind, die stochastische Unabhängigkeit (bzw. Eindimensionalität) und die Varianzhomogenität bei Messwiederholungen (a. a. O.).

Im formativen Modell der KTT hingegen stellt ein Konstrukt wie z. B. die Qualität einer Pflegeeinrichtung einen Index dar. Es handelt sich dabei um ein Konstrukt, dessen Ausprägung durch formative Indikatoren bedingt wird, und nicht andersherum. Es werden in diesem Fall weder eine Eindimensionalität noch ein bestimmtes Datenniveau vorausgesetzt. Als Index stellt das Konstrukt eine Größe dar, die die Summe seiner formativen Indikatoren bzw. Items anzeigt. Entscheidend für die Güte eines solchen mehrdimensionalen Konstruktes ist nicht die Konstruktvalidität bzw. Messgenauigkeit, sondern dessen Vollständigkeit. Der Nachteil, der sich aus dem formativen Modell ergibt, ist, dass ein dem Konstrukt zugeordneter Zahlenwert keine Aussage über die Indikatoren zulässt. Eine Überprüfung der Messgenauigkeit ist bei formativen Konstrukten nicht zulässig, da es sich bei ihnen streng genommen nicht um Messmodelle handelt und die genannten Vorannahmen nicht zweifelsfrei angenommen werden können (a. a. O.).

Die Entwicklung einer theoretischen Fundierung des zu prüfenden bzw. zu erfassenden Konstruktes ist deswegen von herausragender Bedeutung, da es die interne Validität zugrunde legt und damit den ersten und wichtigsten Schritt in der Konstruktion von Instrumenten darstellt bzw. im Falle von formativen Modellen die einzige Validitätsform darstellt (a. a. O.). Bartholomeyczik drückt diesen Umstand wie folgt aus:

*„Der erste und wichtigste Schritt zur Beurteilung einer Validität ist die theoretische Begründung der Items und ihrer Struktur bei einem Instrument. Warum enthält das Instrument gerade die Items, die es enthält [...]?“ (Bartholomeyczik, 2009: 18).*

Um eine Inhaltsvalidität erreichen zu können, ist es notwendig, das Itemuniversum klar abzugrenzen. Also all jene Indikatoren zu sammeln, die für ein bestimmtes Konstrukt kennzeichnend sind (Bühner, 2011). Hasseler (2016) weist diesbezüglich auf zwei bedeutende Faktoren hin. Zum einen gilt es, bei der Diskussion um die Qualitätsmessung in der Nomenklatur zwischen Merkmalen, Kriterien und Indikatoren zu unterscheiden. Merkmale werden aufgrund der Erfüllung von Kriterien beurteilt. Indikatoren hingegen drücken den Grad aus, mit dem ein Kriterium erfüllt bzw. nicht erfüllt ist. Damit ein Indikator aussagekräftig sein kann, bedarf es eines Maßes, denn:

*„Um das Kriterium anhand einer Messung differenziert beurteilen zu können, müssen ein Maß und ein Messinstrument vorliegen. Die Maßeinheiten, die eine Angabe eines erreichten Grads beziehungsweise Niveaus ermöglichen, sind die Indikatoren, die zu jedem Kriterium notwendig sind und wie die Merkmale und Kriterien theoriegeleitet und möglichst evidenzbasiert ermittelt werden müssen“ (Hasseler, 2014: 75).*

Auf der anderen Seite gilt es zu berücksichtigen, dass es mit hoher Wahrscheinlichkeit keine abschließende Auflistung von Merkmalen geben kann, da die Qualitätsanforderungen an die pflegerische Versorgung veränderbar sind und sich durch gegebene Erfordernisse und vorgegebene Anforderungen wandeln können (Hasseler, 2016).

Um für die Qualitätsmessung prospektiv tragfähige und aussagekräftige Indikatoren identifizieren zu können, entwickelten Hasseler et al. ein heuristisches Qualitätsmodell. Die Tabelle 1 zeigt die weiterentwickelte Matrix, in der die unterschiedlichen Ebenen der

TABELLE 1 Heuristisches Qualitätsmodell nach Hasseler

Bereiche (in denen Interventionen, Leistungen, Maßnahmen durchgeführt und Ergebnisse erreicht werden) - Settings der Langzeitpflege						Dimensionen Qualität	Anforderungen Kennzeichen/ Merkmale	Anforderungen Kriterien	Anforderungen Indikatoren
	Ambulantes Setting	Stationäres Setting	Teilstationäres Setting	Kurzzeitpflege	Palliative Versorgung				
<b>Systembedingte Ebene, z.B. mögliche Merkmale</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zugang zu Pflegeleistungen</li> <li>• Zugang zu ärztlichen Leistungen</li> <li>• Kosten</li> <li>• Finanzierung</li> <li>• ...</li> </ul>						<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontinuität</li> <li>• Patientenzentriertheit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Systematisch hergeleitet</li> <li>• Überprüfung der Dimensionen der identifizierten Kennzeichen/ Merkmale</li> <li>• Einordnung in die Tabelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beziehen sich auf Kennzeichen/ Merkmale</li> <li>• Systematisch entwickelte Anforderungsniveaus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evidenzgestützt</li> <li>• Relevanz</li> <li>• Messbarkeit unter Berücksichtigung der Gütekriterien</li> <li>• Veränderbarkeit durch Verhalten</li> <li>• Durchführbarkeit bzw. Erreichbarkeit</li> <li>• Multi-dimensionalität</li> <li>• Erwünschte/ unerwünschte Wirkungen</li> <li>• Risikoadjustierung</li> </ul>
<b>Klientenfokussierte Ebene (Pflege-/Hilfsbedürftiger), z.B. mögliche Merkmale</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wohlbefinden</li> <li>• Lebensqualität</li> <li>• Kommunikation</li> <li>• Beratung</li> <li>• ...</li> </ul>					<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sicherheit</li> <li>• Nachhaltigkeit</li> <li>• Koordination</li> <li>• Rechtzeitigkeit</li> <li>• Effektivität</li> </ul>				
<b>Anbieterfokussierte Ebene, z.B. mögliche Merkmale</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personalqualifikation</li> <li>• Träger</li> <li>• Personalmix</li> <li>• Zufriedenheit der Mitarbeiter</li> <li>• ...</li> </ul>					<ul style="list-style-type: none"> <li>• Effizienz</li> </ul>				
<b>Umweltfokussierte Ebene, z.B. mögliche Merkmale</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hilfsmittel</li> <li>• Formelle/informelle Beziehungen</li> <li>• ...</li> </ul>									

Quelle: Tabelle entnommen aus Hasseler 2016.

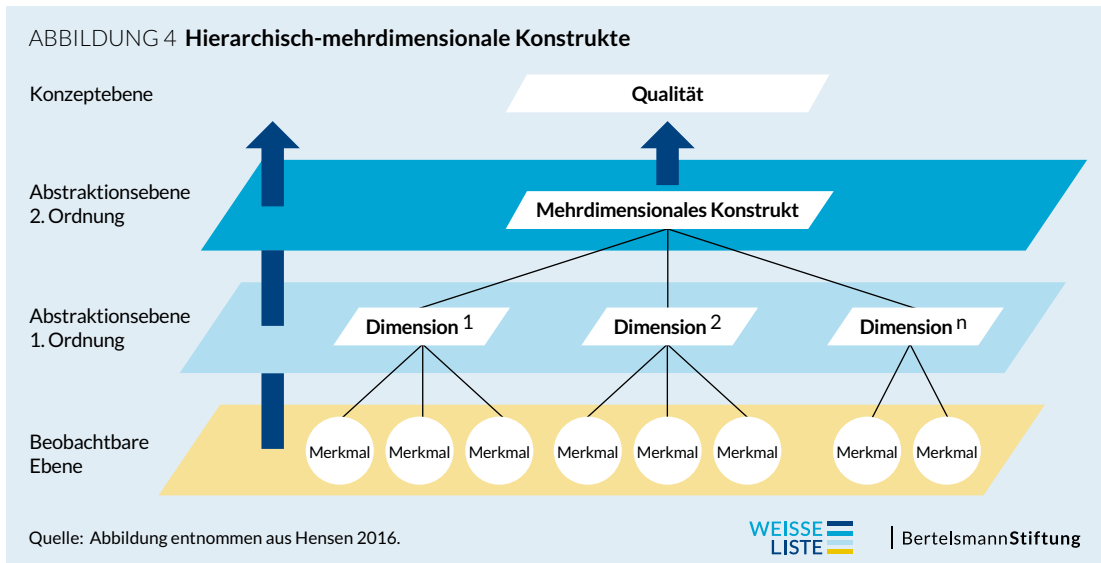
Qualität den Bereichen der pflegerischen Versorgung, den Qualitätsdimensionen, deren Anforderungen an die Merkmale, den Kriterien und den Indikatoren gegenübergestellt sind.

Diese Matrix eignet sich vor allen Dingen für die Ordnung bzw. Zuordnung von identifizierten Merkmalen, deren Kriterien und Indikatoren. Zudem ist ein Vorteil heuristischer Modelle, dass sie offen sind und dementsprechend weiterentwickelt werden können und sollten (Hasseler, 2016).

Für die Ordnung und Strukturierung der genannten Aspekte mit dem Ziel, einen Fragebogen zu konstruieren, eignet sich jedoch eine heuristische Matrix weniger, da die Übersichtlichkeit durch die Informationsdichte zu leiden droht. Um ein mehrdimensionales,

formatives Konstrukt zu strukturieren, erscheint die Nutzung eines hierarchischen Strukturmodells geeigneter. Die Abbildung 4 veranschaulicht zum einen den formativen Charakter der mehrdimensionalen Konstruktbildung und zum anderen wird deutlich, wie die aus dem heuristischen Modell geordneten Aspekte in ein hierarchisches Modell überführt werden können.

Überträgt man die Informationen des heuristischen Modells von Hasseler auf das abgebildete Modell, würde eine weitere beobachtbare Ebene eröffnet werden müssen. Die erste beobachtbare Ebene würde die Kriterien umfassen, während auf der zweiten beobachtbaren Ebene die Merkmale/Kennzeichen verortet würden. Auf der Abstraktionsebene der ersten Ordnung würden die Qualitätsdimensionen liegen und auf der Abstraktionsebene der zweiten Ordnung



die Qualitätsebene des gewählten Qualitätsmodells, im Sinne Mitchells beispielsweise die Systemebene. Anders als im vereinfachten Schaubild dargestellt, besteht Qualität nicht nur aus einem, sondern aus mehreren mehrdimensionalen Konstrukten, die sich gegenseitig beeinflussen (vgl. Kapitel 2.2). Ein bedeutender Nachteil dieses Modells liegt in der Reduktion des Informationsgehaltes, da nur Ausschnitte abgebildet, strukturiert und dementsprechend erhoben werden können. Die Interdependenzen zwischen den einzelnen Dimensionen und den Konstrukten (Qualitätsebenen) werden ausgeblendet, wodurch ein nicht zu unterschätzender Anteil erklärender Aspekte systematisch übersehen wird und dem hoch komplexen Charakter der pflegerischen Versorgung nicht gerecht werden kann. Wie eingangs dieses Kapitels deutlich geworden ist, stellt ein formatives Konstrukt ein über die Items zählbares, aber kein über reflektive Indikatoren messbares Konstrukt dar.

*„Es besteht also ein Unterschied zwischen Zählen und Messen, denn Messen ist die Zuordnung von Zahlen zu Merkmalen von Personen, sodass die Zahlen die Relationen dieses Merkmals zwischen den Personen abbilden“ (Bühner, 2011: 32).*

Darüber hinaus besteht zusätzlich das Problem, dass die Qualität pflegerischer Versorgung nicht nur multidimensional und multifaktoriell ist, sondern darüber hinaus multiperspektivisch sowie kontextabhängig. Dieser Herausforderung sind auch Hasseler und Fünfstück (2016) bei der Recherche nach geeigneten

Indikatoren begegnet. Sie zeigen exemplarisch an dem Merkmal „Kommunikation“ auf, dass dazu in der Literatur vier unterschiedliche Perspektiven existieren, die sich in ihren Kennzeichen und Merkmalsausprägungen unterscheiden.

In letzter methodologischer Konsequenz bedeutet dies, dass eine Befragung bezüglich der Qualität pflegerischer Versorgung stets nur einzelne Perspektiven darstellen kann, die nicht gemeinsam in eine übergeordnete Bewertung einfließen können. Eine solche übergeordnete Bewertung müsste auf einem bzw. mehreren formativen, mehrdimensionalen Konstrukten beruhen, die lediglich Zustände beschreiben, jedoch kein Maß für den Grad der Qualität darstellen können. Demnach ist die Vollständigkeit der zu berücksichtigenden Qualitätsaspekte stets nur für eine Perspektive möglich und zugleich zeitlich stets limitiert, da sich die Anforderungen der Gesellschaft an die Pflege über die Zeit wandeln können.



## 3 Einschätzung und Empfehlungen

In diesem Kapitel werden die im Vorfeld beschriebenen Aspekte zur Konstruktion eines Qualitätsbegriffs, der methodologischen Herangehensweise sowie der erheblichen Dimensionen und Kennzeichen bezüglich der Qualitätsmessung für das geplante Projekt eingeschätzt.

### 3.1 Qualitätsbegriff der stationären Pflegeversorgung

Im Rahmen des angestrebten Projektes gilt es, den theoretischen Anforderungen an die Konstruktion eines Fragebogens gerecht zu werden. Dies impliziert eine theoretisch hergeleitete Definition des zugrunde liegenden Qualitätsbegriffs der stationären Pflegeversorgung. Den vorgenannten Argumenten zufolge soll der Qualitätsbegriff für die Perspektive einer Zielgruppe erstellt werden und die unterschiedlichen Faktoren der in der Literatur auffindbaren Anforderungen berücksichtigen. Daran schließt sich eine theoretische und inhaltlichkohärente Ableitung der qualitätsspezifischen Dimensionen, deren Merkmalen/Kennzeichen und zu erfüllenden Kriterien an (Rantz et al., 1999; Hasseler, 2014).

Die von Rantz et al. (1999) und Hasseler (2014) formulierte Forderung, ein theoretisch begründetes Qualitätsverständnis durch eine dezidierte Definition darzulegen, entspricht auch dem Anspruch der in Kapitel 2.4 beschriebenen Inhaltsvalidität. Aufgrund der genannten Argumente wird an dieser Stelle empfohlen, sich an den Anforderungen von Rantz et al. und Hasseler zu orientieren und einen theoretisch hergeleiteten Qualitätsbegriff zu definieren. In dem vorherigen Kapitel 2.3 wurden die Anforderungen aus der Perspektive der Pflege(-wissenschaft), der Rechtsprechung, der Klienten und der Angehörigen beschrieben. In der Summe lassen sich diese Anforderungen

unter den Begriffen Autonomie/Würde, Fachlichkeit des Personals, Kommunikation, Sicherheit und Lebensaktivitäten zusammenfassen. Basierend auf den genannten Vorgaben wird an dieser Stelle durch die Autoren dieses Gutachtens ein Vorschlag für eine Definition formuliert. Die Qualität der stationären Pflegeversorgung aus der Perspektive der Angehörigen definiert sich wie folgt:

Die Qualität einer stationären Pflegeversorgung ist dann als gut (in dem Sinne, dass keine Beanstandungen vorliegen und die Leistungen als zufriedenstellend erachtet werden) einzuschätzen, wenn vonseiten der Einrichtung (damit sind alle in der Einrichtung Tätigen zusammengefasst) auf den beeinflussbaren Ebenen erwirkt wird, dass:

- die Autonomie und Würde der Klienten in allen Aspekten des Lebens und Wohnens in einer stationären Einrichtung gewahrt und bestärkt werden, damit diese ein Gefühl des Zu-Hause-Seins und des Wohlbefindens empfinden können. Zugleich soll die Autonomie und Würde der Angehörigen in der Interaktion mit der Einrichtung gewahrt und bestärkt werden.
- die Klienten in allen für sie relevanten und von ihnen gewünschten Aspekten des täglichen Lebens eingebunden werden. Beispiele können sein: eine kooperative Tagesstrukturierung, die Mitbestimmung bei Entscheidungen zur räumlichen Gestaltung, die Entscheidung über Zeitpunkt und Art von durchzuführender Körperpflege, die Möglichkeit zur selbstbestimmten Teilnahme an Aktivitäten etc.
- für die Sicherheit der Klienten Sorge getragen wird und dabei das Maß der Sicherheit die Autonomie der Klienten nicht oder nur im gegenseitig konsentierten Umfang eingeschränkt wird.

- ein solches Maß an Aufklärung und Informationsweitergabe in der Kommunikation zwischen der Einrichtung und dem Klienten und ihren Angehörigen sowie in der einrichtungsinternen Kommunikation geleistet wird, dass zum einen die Klienten alle sie betreffenden und für ihr alltägliches Leben interessanten und wichtigen Aspekte erfahren, die Angehörigen über alle wesentlichen Aspekte über die Versorgung und das Wohlergehen der Klienten in Kenntnis gesetzt sind und das Personal der Einrichtung über alle Informationen verfügt, um die Versorgung im Einklang mit den stets aktuellen individuellen Bedarfen, Bedürfnissen, Interessen und unter Berücksichtigung der biografischen Historie leisten zu können.
- die Angehörigen sich darauf verlassen können, dass die professionellen pflegetherapeutischen/-spezifischen Handlungen im besten Wissen der beruflich Pflegenden und Betreuenden nach dem aktuell besten fachlichen Kenntnisstand sowie im Einklang mit der Autonomie der Klienten durchgeführt werden, um deren Gesundheit und gesundheitsbezogenes Wohlbefinden zu wahren, zu fördern und ggf. deren Wiedererlangung zu unterstützen.

Auf dieser Definition aufbauend können Qualitätsdimensionen abgeleitet, deren jeweilige Merkmale bestimmt und die zu erfüllenden Kriterien festgesetzt werden. Die einzelnen Qualitätsdimensionen können dem heuristischen Modell von Hasseler (2016) folgend einzelnen Ebenen zugeordnet werden. Dafür wird als grundlegendes Qualitätsmodell das Quality-health-outcomes-Modell (QhoM) von Mitchell et al. (1998) empfohlen. Auch wenn Donabedians Modell deutlich stärker verbreitet ist und dem Verständnis des Autors nach nicht als lineare Kausalbeziehung betrachtet und angewandt werden sollte, ist jedoch genau dies zu einer Art Usus geworden, wenn es um die Betrachtung von Qualitätsdimensionen geht (Berwick und Fox, 2016). Die stationäre Pflegeversorgung stellt aber ein derart komplexes Gefüge dar, dass kausale Vorhersagen nicht mit der notwendigen Zuverlässigkeit vorgenommen werden können. Daher erscheint das QhoM eher dazu geeignet zu sein, den Attributen der pflegerischen Versorgung Rechnung zu tragen. Dennoch empfehlen die Autoren an dieser Stelle, für die Entwicklung des Fragebogens kein dezidiertes Qualitätsmodell zu nutzen, da sie für eine Ordnung eher hinderlich sind, wie in Kapitel 3.3 dargestellt wird.

### 3.2 Methodologische Vorgehensweise zur Qualitätseinschätzung

Die in Kapitel 2.4 beschriebenen Argumente sprechen gegen den Versuch, innerhalb des angestrebten Projektes ein Messinstrument im Sinne der klassischen Testtheorie für die Erhebung der Qualitätseinschätzung der Einrichtung durch die Angehörigen zu entwickeln. Ein Messinstrument erfordert ein Maß und eine Messskala (Hasseler, 2014). Beides ist aufgrund der beschriebenen Eigenheiten des Forschungsgegenstandes nicht verfügbar. In Kapitel 3.3 wird bei der Beschreibung der Auswahl geeigneter Qualitätsdimensionen das Problem der Komplexität, der Multidimensionalität und der fehlenden Unabhängigkeit der einzelnen Kriterien noch exemplarisch verdeutlicht.

Den Ausführungen von Bühner (2011) folgend kann die Qualität der stationären Pflegeversorgung nicht als ein reflektives Konstrukt entwickelt werden und somit einschlägigen Messkriterien nicht genügen. Reflektive Indikatoren sind von der Performanz der zu untersuchenden Forschungsgegenstände abhängig und stellen an die Pflege für diese nicht einlösbar Vorannahmen, wie das Vorliegen von normalverteilten Merkmalen und Merkmalsstabilität sowie ein skalierbares Datenniveau.

Die Alternative besteht darin, die Qualität der stationären Pflegeversorgung als formatives Konstrukt zu begreifen und zu deuten. Ein solches wird durch die formativen Indikatoren (in diesem Fall die Kriterien der Qualitätsdimensionen) konstruiert. Die Anforderungen an das Datenniveau sind deutlich niedriger und die Merkmalsverteilung ist vernachlässigbar (Bühner, 2011).

Dadurch ist ein Messen der Qualität nicht möglich, aber sie lässt sich anhand formativer Indikatoren mittels eines Fragebogens einschätzen. Durch die zählbaren Einschätzungen der befragten Angehörigen lässt sich in Zahlen darstellen, wie viele der Angehörigen die ausgewählten Kriterien im Sinne von Qualitätsanforderungen als nicht erreicht, erreicht oder übertroffen einschätzen. Ein Vergleich zwischen den Einrichtungen wäre auf der Basis der Bewertungen möglich und die Stärken und Schwächen der Einrichtungen wären grafisch in einer übersichtlichen und leicht verständlichen Art und Weise darstellbar.

ABBILDUNG 5 Zuordnung der Dimensionen zur Lebensqualität



Quelle: Abbildung entnommen aus Strotbek et al. 2017.

WEISSE  
LISTE

| BertelsmannStiftung

Aus Sicht der Autoren wird diese Art des Vorgehens dem Forschungsgegenstand gerecht und ist dem Vorhaben angemessen, Aussagen über die Qualität der stationären Versorgung von Einrichtungen vornehmen zu können.

### 3.3 Nutzbare Dimensionen und Merkmale zur Qualitätseinschätzung aus der Angehörigenperspektive

Der definierte Qualitätsbegriff dient als Grundlage, um übergeordnete Themen abzuleiten. Diesen werden konstituierende Qualitätsdimensionen zugeordnet und die dazugehörigen Merkmale aufgelistet, die für die Qualitätsdimensionen kennzeichnend sind. Als Fundus werden die Dimensionen und Merkmale aus den theoretischen Subkapiteln aus 2.3 herangezogen.

In der Regel erfolgen derlei Zuordnungen nonhierarchisch, wie es beispielsweise die Weisse Liste in ihrem Reformkonzept dargestellt hat (vgl. Abbildung 5). In diesem Fall geht das Reformkonzept davon aus, dass die Hierarchiebildung als Teil einer Bewertung verstanden und durch die Befragten als Ausdruck der individuellen Definition von Lebensqualität vorgenommen wird (Strotbek et al., 2017).

Dementsprechend handelt es sich um eine empirisch abgeleitete Ordnung. Im Fall der theoretischen Konzeption einer Befragung wird jedoch die Hierarchie durch unterschiedliche Forschungsergebnisse und -erkenntnisse geleitet, sodass eine theoretisch fundierte Ordnung angestrebt wird.

Eine hierarchische Ordnung der Dimensionen, ihrer Kennzeichen und Kriterien ist für die weiteren Arbeitsschritte in der Fragebogenkonstruktion notwendig, jedoch mit der in Kapitel 2.4 beschriebenen Problematik der Komplexität verbunden. Dadurch, dass die einzelnen Ebenen und Dimensionen sich aufeinander beziehen bzw. sich gegenseitig bedingen, ist eine klare Abgrenzung nicht möglich und eine Strukturierung stets durch die subjektive Priorisierung und Gewichtung der Ordnenenden gegeben. Das Problem der Abhängigkeit der Dimensionen etc. wird anhand der Anwendung des heuristischen Qualitätsmodells in Anlehnung an Hasseler (2016) deutlich. In der nachfolgenden Tabelle 2 wurden exemplarisch für das bedingende Teilkonstrukt „Autonomie und Würde“ drei abgeleitete Qualitätsdimensionen den Ebenen des Quality-health-outcomes-Modells (QhoM) zugeordnet. In der Spalte der Merkmale zeigt sich, wie einzelne Merkmale/Kennzeichen über die Dimensionen und Ebenen hinweg miteinander in Abhängigkeit stehen. Exemplarisch sollen hier die Qualitätsdimensionen „Selbstbestimmung“ und „Einbezug“ betrachtet werden. Ein Kriterium für

die Selbstbestimmung der Klienten ist deren „Mitsprache bezüglich einrichtungsbezogener Aspekte“<sup>5</sup>. Dies setzt die Bildung eines Wohnbeirates voraus und dass dessen Beschlüsse auch berücksichtigt werden. Ein inhaltlich fast identisches Kriterium ist das „Mitbestimmungsangebot“ der Qualitätsdimension „Einbezug“ auf der Systemebene (die betreffende Doppelung wurde in der Tabelle farbig markiert). Ob die Einrichtung also Angebote implementiert hat und wie sie diese darbietet, wirkt sich auf unterschiedliche Dimensionen, aber auch auf unterschiedliche Ebenen aus. Dieser Umstand beruht darauf, dass die Achtung des freien Willens der Klienten<sup>6</sup> die Grundlage für jede Interaktion zwischen Einrichtung und Klienten darstellt und dementsprechend immer für einen kriteriums-, dimensions- und letztlich faktorenübergreifenden Einfluss sorgt.

Eine weitere Erkenntnis in der exemplarischen Darstellung ist, dass das heuristische Qualitätsmodell, wie von Hasseler beschrieben, die Zuordnung von identifizierten Dimensionen, Merkmalen, Kriterien und Indikatoren ermöglicht, jedoch Redundanzen hervorruft und die Übersichtlichkeit einschränkt.

Die Auswahl und Ordnung der von den Autoren empfohlenen Qualitätsdimensionen und Merkmale beruht auf den nachfolgend beschriebenen Kriterien und Entscheidungen.

Bei der Auswahl werden die Ebenen des QhoM aufgrund der oben beschriebenen Probleme bewusst nicht berücksichtigt. Die Informationen aus den in Kapitel 2.3 beschriebenen Anforderungen wurden in einem ersten Schritt zusammengeführt. Dabei ergaben sich Doppelungen von Qualitätsdimensionen und Anforderungen. Die Merkmale der mehrfach benannten Qualitätsdimensionen wurden zusammengetragen, um möglichst viele Perspektiven auf eine Dimension zu erhalten. Jene Dimensionen, die vereinzelt auftraten, wurden entweder mit anderen Anforderungen zu einem thematischen Cluster agglomeriert oder, wenn es inhaltlich möglich war, einer bestehenden Dimension untergeordnet. Aus diesem Set an Dimensionen wurden Merkmale abgeleitet oder aus der beschriebenen Literatur entnommen. Die hierarchische Ordnung der Themenkomplexe, Dimensionen und Merkmale soll als theoretische Basis dienen, um in dem Projekt die

5 Diese Mitsprache wird den Klienten durch § 13 HmbWBG rechtlich zugesichert.

6 Was als zentrales Maß für die Wahrung der Würde und der Autonomie des Menschen erachtet wird (Tiedemann, 2006).

TABELLE 2 Heuristisches Qualitätsmodell in Anlehnung an Hasseler

Themenkomplexe des Qualitätsbegriffs	Dimensionen der Qualität	EBENEN DES QUALITÄTSMODELLS				MERKMALE UND KENNZEICHEN	
		Systemebene	Interventions-ebene	Klientenebene	Ergebnisebene		
Autonomie und Würde	Selbstständigkeit	x				Bereitstellung von Hilfsmitteln	
						Räumliche Gestaltung	
			x			Aktivierung der Klienten	
				x		Motivation der Klienten	
					x	Erhalt der Selbstständigkeit	
	Selbstbestimmung	x					Mitsprache bei einrichtungsbezogenen Aspekten
							Räumliche Gestaltung
							Bestimmung eigener Essenszeiten
			x				Mitsprache bezüglich klientenzentrierter Interventionen
				x			Mitbestimmung bei Tagesstrukturierung
							Mitbestimmung bei Beschäftigungsangeboten
					x		Möglichkeit zur Umsetzung des eigenen Willens
						x	Möglichkeit zur Mitteilung des eigenen Willens
						x	Umsetzung des eigenen Willens
	Einbezug	x					Beschäftigungs- und Freizeitangebote
							Mitbestimmungsangebote
			x				Motivation der Klienten zur Teilnahme
				x			Einbezug unter Berücksichtigung klientenspezifischer Merkmale
				x		Berücksichtigung des Klientenwillens	
					x	Ausgefüllte und bereichernde Beschäftigungen	
					Mitbestimmung auf System- und Interventionsebene		

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Hasseler 2016.

notwendigen Kriterien für die Fragebogenkonstruktion zu erarbeiten. In einem letzten Schritt wurden die Merkmale daraufhin eingeschätzt, ob sie aus der Perspektive von Angehörigen einzuschätzen sind oder ob dafür beispielsweise fachliche Kenntnisse etc. notwendig wären. Letztlich formulieren die Anforderungen solche Aspekte, die, wenn sie erfüllt sind, dafür sorgen, dass sich die Klienten allgemein wohlfühlen können.

Bei den drei übergeordneten Themenkomplexe handelt es sich um

- a) die Autonomie und Würde der Klienten,
- b) die Gesundheit und die Bedürfnisse der Klienten sowie
- c) die Wohnatmosphäre in der Einrichtung.

Der Anspruch darauf, dass die Autonomie im Sinne der Selbstbestimmung gewahrt und gefördert wird, stellt einen wesentlichen Anteil daran, dass die Würde der Klienten gewahrt wird. Die gesammelten Dimensionen aus den Perspektiven der Rechtsprechung, der Klienten und der Angehörigen gehen überwiegend mit dem Aspekt der Selbstbestimmung einher. In jedem Bereich, in dem die pflegerische Versorgung durch die Interaktion mit den Klienten gekennzeichnet ist, stellt sich nicht nur die Frage, ob eine Maßnahme fachlich korrekt ist, sondern ob sie im Einklang mit dem Willen der Klienten steht. Entspricht die Ordnung im Zimmer der Vorstellung der Klienten? Fühlen sich die Klienten wohl mit der Situation, sich von der diensthabenden Pflegekraft im Intimbereich versorgen zu lassen? Empfinden die Klienten es als sinnstiftend und wohltuend, an einer bestimmten Betreuungsmaßnahme teilzunehmen? Ist die Mahlzeit nicht nur ausgewogen, sondern entspricht sie auch der Vorstellung einer zufriedenstellenden Mahlzeit der Klienten? Die gestellten Fragen können inhaltlich gänzlich anderen Dimensionen zugeordnet werden, aber in der letzten Konsequenz betreffen sie die Autonomie der Klienten, da sie von deren Willen abhängen bzw. deren Selbstbestimmung verletzt wird, wenn deren Willen nicht berücksichtigt wird. Wir ordnen dem Teilkonstrukt a) die folgenden Dimensionen zu:

- a.1. Förderung der Selbstbestimmung
- a.2. Förderung der Selbstständigkeit
- a.3. Sicherheit
- a.4. Sinnstiftung in der Wohneinrichtung
- a.5. Förderung sozialer Beziehungen
- a.6. Respektvoller Umgang

Das Teilkonstrukt Gesundheit und Bedürfnisse beinhaltet die Fragen nach den institutionellen Versorgungsleistungen, die einerseits für die Wahrung der Gesundheit der Klienten von Bedeutung sind und auf der anderen Seite für den Umgang mit akuten und chronischen Erkrankungen. Akute Erkrankungen sollen erkannt und darauf entsprechend reagiert werden. Chronische Erkrankungen und Einschränkungen durch das Alter wirken sich auf die Bedürfnisse der Menschen aus und bedürfen individueller Vorgehensweisen der Unterstützung. Um dies zu gewährleisten, stellt das Personalwesen in der Einrichtung einen bedingenden Faktor dar. Das Teilkonstrukt b) Gesundheit und Bedürfnisse umfasst die nachfolgenden Dimensionen:

- b.1. Bedürfnisorientierung
- b.2. Personal
- b.3. Medizinische Versorgung
- b.4. Pflegerische und therapeutische Versorgung

Das letzte Teilkonstrukt Wohnatmosphäre ist für das Sich-zu-Hause-Fühlen der Bewohner von großer Bedeutsamkeit, wie die beschriebene Studienlage zeigt. Bewohner und Angehörige wünschen sich, in einer Wohnatmosphäre leben zu können, die sie zufrieden stimmt und nicht belastet. Für dieses Teilkonstrukt wurden die folgenden Dimensionen abgeleitet:

- c.1. Einrichtungsgestaltung
- c.2. Wohnhygiene

Auf den nachfolgenden Seiten wird die hierarchische Ordnung tabellarisch dargestellt. In der Tabelle 3 sind die Teilkonstrukte, deren Dimensionen und die zugeordneten Merkmale von links nach rechts in der Hierarchie absteigend aufgelistet.

TABELLE 3 Dimensionen der Versorgungsqualität und deren Merkmale

TEILKONSTRUKT	DIMENSION	MERKMAL
Autonomie und Würde	a.1. Förderung der Selbstbestimmung	Die Klienten haben maßgeblich Einfluss auf Entscheidungen bzgl. ihrer Körper- und Intimpflege.
		Die Klienten können ihren Tagesablauf im Einklang mit der Wohneinrichtung selbst bestimmen.
		Die Klienten haben Einfluss auf Entscheidungen bezüglich der angebotenen Beschäftigungen.
		Die Klienten haben Einfluss auf Entscheidungen bezüglich der Versorgung mit Nahrung und Getränken.
		Die Klienten haben Einfluss auf Entscheidungen bezüglich ihrer sozialen Kontakte in der Wohneinrichtung.
		Die Klienten können ihre religiösen Werte im Einklang mit der Wohneinrichtung ausleben.
		Die Klienten haben ein Mitspracherecht bzgl. Veränderungen in der Wohneinrichtung.
		Die Klienten können über die Gestaltung ihrer eigenen Wohnräume selbst entscheiden bzw. diese maßgeblich beeinflussen.
	a.2. Förderung der Selbstständigkeit	Die Klienten werden über alle sie betreffenden und/oder sie interessierenden Aspekte informiert.
		Die Klienten werden beim Umgang mit Hilfsmitteln unterstützt. Die Fähigkeiten der Klienten werden erhalten und unterstützt.
	a.3. Sicherheit	Die Klienten können sich auf die Unterstützung der Einrichtung verlassen, dass ihre Bedürfnisse wahrgenommen und entsprochen werden.
		Die Klienten können sich in der Einrichtung vor gewaltsamem Verhalten sicher fühlen.
		Die Klienten können sich darauf verlassen, dass ihre Habseligkeiten nicht entwendet werden oder verloren gehen.
		Die Klienten können sich darauf verlassen, dass alltägliche Versorgungsaspekte für sie organisiert werden.
		Die Klienten können sich darauf verlassen, dass ihre Privat- und Intimsphäre respektiert wird.
		Die Angehörigen können sich darauf verlassen, dass die Bewohner in der Einrichtung in Sicherheit sind, wenn diese nicht mehr auf sich selbst achten können.
	a.4. Sinnstiftung in der Wohneinrichtung	Die Einrichtung bietet den Klienten produktive und/oder sozial wertvolle Aktivitäten an. Die Klienten erhalten von der Einrichtung Unterstützung, um sich an das neue Leben in der Wohneinrichtung anzupassen.
		Die Klienten werden von der Einrichtung unterstützt, die ursprünglichen sozialen Beziehungen aufrechtzuerhalten. Die Einrichtung fördert die Beziehungsgestaltung in der Einrichtung. Die Einrichtung fördert die Einbindung der Klienten in den Stadtteil.
	a.5. Förderung sozialer Beziehungen	Der Umgang der Mitarbeiter der Einrichtung mit den Klienten ist würdebewahrend/personenzentriert. Die Mitarbeiter gehen mit den Angehörigen respektvoll und freundlich um.

TEILKONSTRUKT	DIMENSION	MERKMAL
Bedürfnisse und Gesundheit	b.1. Bedürfnisorientierung	Die Klienten werden in der Erfüllung ihrer Bedürfnisse nach Kommunikation unterstützt.
		Die Klienten werden darin unterstützt, sich bewegen zu können.
		Die Klienten werden in der Erfüllung ihres Bedürfnisses nach der Pflege des eigenen Körpers unterstützt.
		Die Klienten werden darin unterstützt, sich nach ihren eigenen Bedürfnissen zu kleiden.
		Die Klienten werden in ihren Ausscheidungsbedürfnissen unterstützt.
		Die Klienten werden in ihren Bedürfnissen, zu essen und zu trinken, unterstützt.
		Die Klienten werden in ihrem Bedürfnis, zu ruhen und zu schlafen, unterstützt.
	b.2. Personal	Der persönliche Eindruck des Personals ist bezogen auf seine berufliche Verantwortung angemessen.
		Der Organisationsgrad des Personalwesens gewährleistet stabile Versorgungsprozesse.
	b.3. Medizinische Versorgung	Veränderungen im Gesundheitszustand der Klienten initiieren einen medizinischen Versorgungsprozess.
		Der ärztliche Dienst und die Pflegenden in der Einrichtung sind jeweils auf dem aktuellsten Kenntnisstand über den Gesundheitszustand des Klienten und dessen angeordneten Therapien.
	b.4. Pflegerische und therapeutische Versorgung	Die Einrichtung erkennt Notfälle und reagiert umgehend auf sie.
Klienten-/Krankenbeobachtung der Klienten findet zuverlässig statt.		
Die angeordneten krankenpflegerischen Maßnahmen erfolgen zuverlässig.		
Wohnatmosphäre	c.1. Einrichtungsgestaltung	Die angeordneten therapeutischen (Ergo-, Physiotherapie, Logopädie etc.) Maßnahmen erfolgen zuverlässig.
		Die Einrichtung ermöglicht den Klienten eine Verbindung zur Natur.
	c.2. Wohnhygiene	Die Einrichtungsgegenstände und Dekorationselemente orientieren sich an den zeitgenössischen und soziokulturellen Hintergründen der Bewohner.
		Die Einrichtung ist sauber.
		In der Einrichtung wird Ordnung gehalten.
		In der Einrichtung werden angenehme und/oder neutrale Sinnesreize wahrgenommen.

Quelle: Eigene Darstellung.



| BertelsmannStiftung



### 3.4 Möglichkeiten und Grenzen der Angehörigenbefragung

Durch die Befragung der Angehörigen besteht die Möglichkeit, die Qualität einer Einrichtung aus der Perspektive weniger involvierter Personen (als beispielsweise angestellte Pflegende oder Klienten) einschätzen zu lassen. Diese umfasst bestimmte Eigenschaften. Angehörige sind in ihrer Wahrnehmung durchaus kritisch, was damit zusammenhängt, dass sie in der Regel eine enge emotionale Bindung zu den Klienten haben und diese gut versorgt wissen möchten. Nicht selten tragen die Angehörigen auch einen Teil der finanziellen Kosten der stationären Versorgung, sodass sie sich auch eher als Kunden verstehen, obwohl auch sie in einem gewissen Abhängigkeitsverhältnis zu der Einrichtung stehen. Sie wissen, was den Klienten früher wichtig war und was deren Lebensbiografie ausmacht und können einschätzen, ob das Leben in der Einrichtung mit diesen Wertvorstellungen in Einklang steht. Dieses Expertenwissen über die Klienten ermöglicht einen differenzierten Blick auf viele Interaktionsprozesse in der Einrichtung, seien es beispielsweise der Umgang und die Kommunikation der Mitarbeiter mit den Klienten, die Auswahl an Speisen und Getränken, die Beschäftigungsangebote etc.

Auf der anderen Seite ist die Perspektive der Angehörigen auch in vielen Bereichen eingeschränkt (Fünfstück, 2008). In der Regel kennen sie sich nicht mit den systemimmanenten Bedingungen aus, die sich auf das Leistungsangebot der Einrichtungen auswirken, oder können nicht einschätzen, ob dezidierte Pflegehandlungen auch dem aktuellen Kenntnisstand der Disziplin entsprechen. Sie neigen auch dazu, die Zufriedenheit der verwandten Klienten mit der pflegerischen Versorgung positiver einzuschätzen, als diese das selbst machen würden. Eine weitere Limitation ist, dass die Angehörigen nur einen begrenzten Zeitraum in der Einrichtung verbringen und somit nur Ausschnitte aus dem Versorgungsalltag wahrnehmen können. Zudem stellt sich da die Frage, wie häufig die jeweiligen Angehörigen die Klienten tatsächlich besuchen (a. a. O.).

Die Befragung der Angehörigen kann folglich nur die Beurteilung eines Ausschnitts der stationären Versorgungsqualität leisten. Dabei kann es sich in erster Linie lediglich um system- und interventionsbezogene Ebenen handeln, da für eine Beurteilung über

das Zustandekommen der meisten Ergebniskriterien die notwendigen Kenntnisse fehlen und dieses Zusammenspiel zu komplex ist. Es geht letztlich um weiche Faktoren, in dem Sinne, dass sie keine messbaren Größen darstellen, die jedoch für die Klienten und ihre Angehörigen von hoher Bedeutung sind. Diese können wiederum nur unzureichend über dokumentationsgestützte Prüfverfahren berücksichtigt werden. Dementsprechend ist die Qualitätseinschätzung durch die Befragung von Angehörigen eine zusätzliche Perspektive, die den Einrichtungen und der Gesellschaft sowie konkret den künftigen Bewohnern von Pflegeeinrichtungen und ihren Angehörigen wertvolle Hinweise bieten kann. Es wäre jedoch ein Fehler, von der Einschätzung auf die Gesamtqualität der stationären Versorgung einer Einrichtung zu schließen, da andere wichtige Perspektiven unberücksichtigt blieben. Die Angehörigenbefragung kann das dezidierte Prüfverfahren des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) nicht ersetzen, dieses aber durchaus bereichern.

# Literatur

- Bartholomeyczik, S.:** Standardisierte Assessmentinstrumente: Verwendungsmöglichkeiten und Grenzen. In: Bartholomeyczik, S. und Halek, M.: Assessmentinstrumente in der Pflege: Möglichkeiten und Grenzen. Überarbeitete, erweiterte und ergänzte Beiträge einer Fachtagung zu diesem Thema am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke in Zusammenarbeit mit der »Nationalen Assessmentgruppe Deutschland«. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover, 2009, 13–24.
- Bartholomeyczik, S. und Schrems, B.:** Qualitätsentwicklung und Leistungstransparenz in Frankfurter Altenpflegeheimen. Kuratorium Deutsche Altenhilfe, Köln, 2004.
- Baumstark, M.:** Prozessstandardisierung als Hebel für Qualität und Effizienz in der stationären Altenpflege: Dissertation. zur Erlangung des Grades Doktor der Wirtschaftswissenschaften – Dr. rer. pol. – an der Frankfurter School of Finance & Management, Frankfurt am Main, 2017.
- Berwick, D. und Fox, D. M.:** „Evaluating the Quality of Medical Care“: Donabedian’s Classic Article 50 Years later. The Milbank Quarterly 94 (2), 2016, 237–241.
- Bollig, G., Gjengedal, E. und Rosland, J. H.:** Nothing to complain about? Residents’ and relatives’ views on a „good life“ and ethical challenges in nursing homes. Nursing ethics 23 (2), 2016, 142–153. DOI: 10.1177/0969733014557719.
- Bühner, M.:** Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion. Pearson Studium, München, 2011.
- Clark, D. J., Denton, S., Burns, J., Rawstorne, D., Warrington, E. und Salmon, A.:** Defining nursing. Online im Internet: <https://www.rcn.org.uk/-/media/royal-college-of-nursing/documents/publications/2014/december/pub-004768.pdf> in der Version vom 23.03.2018.
- Deutscher Bundestag:** Sozialgesetzbuch XI - Soziale Pflegeversicherung: PflegeVG, 1994.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP): Methodisches Vorgehen:** zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege und zur Entwicklung von Indikatoren zur Pflegequalität auf Basis von Expertenstandards. Version Juni 2015, Osnabrück, 2015.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP): Presse-Information:** „Entwicklung eines Expertenstandards in der Pflege zum Thema ‚Mundgesundheit‘. Aufruf zur Bewerbung als Experte/Expertin für die Expertenarbeitsgruppe des DNQP.“ Pressemitteilung von November 2018a. Online im Internet: [https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Pressemitteilungen/PM\\_DNQP18.11.13.pdf](https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Pressemitteilungen/PM_DNQP18.11.13.pdf) in der Version vom 15.01.2019.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP):** Übersicht über die Expertenstandards des DNQP. Stand: Juni 2018b. Online im Internet: [https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Weitere/Uebersicht\\_Expertenstandards.pdf](https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Weitere/Uebersicht_Expertenstandards.pdf) in der Version vom 14.01.2019.
- Donabedian, A.:** Evaluating the Quality of Medical Care. The Milbank Quarterly 83 (4), 2005, 691–729.

- Freie und Hansestadt Hamburg:** Hamburgisches Wohn- und Betreuungsqualitätsgesetz: HmbWBG, 2009 in der Fassung vom 04.10.2018.
- Freie und Hansestadt Hamburg (Hrsg.):** Hamburgisches Wohn- und Betreuungsqualitätsgesetz (HmbWBG): Hamburgisches Gesetz zur Förderung der Wohn- und Betreuungsqualität älterer, behinderter und auf Betreuung angewiesener Menschen. Gesetzestext und Erläuterungen. Lütcke & Wulff, Hamburg, 2012.
- Freie und Hansestadt Hamburg:** Mitteilung des Senats an die Bürgerschaft: Evaluation und Änderung des Hamburgischen Wohn- und Betreuungsqualitätsgesetz. Drucksache 21/13125, Hamburg, 2018.
- Fünfstück, M.: Qualität im Vergleich:** Angehörigenbefragungen als Grundlage für ein Benchmarking in der stationären Pflege. Verlag Dr. Müller, Saarbrücken, 2008.
- Gebert, A. J. und Kneubühler, H.-U.:** Qualitätsbeurteilung und Evaluation der Qualitätssicherung in Pflegeheimen: Plädoyer für ein gemeinsames Leben. mit einem Nachwort von Thomas Klie. Hans Huber, Bern, 2003.
- Hasseler, M.:** Heraus- und Anforderungen an eine systematische Qualitätsmessung und -berichterstattung in der Langzeitpflege. Vierteljahresshefte zur Wirtschaftsforschung 83 (4), 2014, 67–85.
- Hasseler, M.:** Bericht: Entwicklung eines theoretisch-konzeptionellen Qualitätsverständnisses. In: GKV-Spitzenverband der Pflegekassen: Abschlussbericht. Entwicklung eines wissenschaftlich basierten Qualitätsverständnisses für die Pflege- und Lebensqualität, 25. August 2016, 4–64.
- Hasseler, M. und Fünfstück, M.:** Durchführung einer systematischen Literaturrecherche und Beschreibung von Kennzeichen/Merkmalen für die Qualität der pflegerischen Versorgung. In: GKV-Spitzenverband der Pflegekassen: Abschlussbericht. Entwicklung eines wissenschaftlich basierten Qualitätsverständnisses für die Pflege- und Lebensqualität, 25. August 2016, 66–240.
- Hasseler, M. und Stemmer, R.:** Entwicklung eines wissenschaftlich basierten Qualitätsverständnisses für die Pflegequalität. In: Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J., und Schwinger, A.: Pflege-Report 2018: Qualität in der Pflege. Springer, Berlin, 2018, 23–36.
- Hasseler, M., Stemmer, R., Macsenaere, M., Arnold, J. und Weidekamp-Maicher, M.:** Abschlussbericht. Entwicklung eines wissenschaftlich basierten Qualitätsverständnisses für die Pflege- und Lebensqualität, 2016.
- Hensen, P.:** Qualität und Qualitätsmessung in der Pflege – Theoretische Grundlagen und methodische Zugänge. In: Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J., und Schwinger, A.: Pflege-Report 2018: Qualität in der Pflege. Springer, Berlin, 2018, 3–14.
- Josat, S.:** Welche Qualitätsindikatoren sind Angehörigen in der stationären Altenpflege wichtig? // Welche Qualitätskriterien sind Angehörigen in der stationären Altenpflege wichtig? Eine Einzelfallstudie. Eine Einzelfallstudie. Pflege 18 (3), 2005, 169–175. DOI: 10.1024/1012-5302.18.3.169.
- Josat, S.:** Qualität in der stationären Altenpflege im Rhein/Ruhrgebiet aus Sicht der Bewohner und Angehörigen: Inaugural Dissertation zur Erlangung des Grades Doktor rerum medicinalium der Universität Witten/Herdecke im Bereich der Medizin, Witten/Herdecke, 2006.
- Krohwinkel, M.:** Fördernde Prozesspflege mit integrierten ABEDLs: Forschung, Theorie und Praxis. Hans Huber, Bern, 2013.
- Mayer, H. und Lehmann, Y.:** Pflegewissenschaft. In: Menche, N., Lauster, M., Drescher, A., und Wiederhold, D.: Pflege Heute: Lehrbuch für Pflegeberufe. Elsevier Urban & Fischer, München, 2014, 82–106.
- Mitchell, P. H., Ferketich, S., Jennings, B. M. und American Academy of Nursing Expert Panel on Quality Health Care:** Quality Health Outcomes Model. Journal of Nursing Scholarship 30 (1), 1998, 43–46.
- Mitchell, P. H. und Lang, N. M.:** Framing the Problem of Measuring and Improving Healthcare Quality: Has the Health Outcomes Model Been Useful? Medical Care 42 (2), 2004, II-4-II-11.

- Nübling, R., Kriz, D., Kress, G., Schrempp, C., Löschmann, C. und Schmidt, J.:** Angehörigenbefragungen – Potenziale für das interne Qualitätsmanagement in Altenpflegeeinrichtungen. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 66 (6), 2004, 380–386. DOI: 10.1055/s-2004-813227.
- Orlando, I. J.:** *The Dynamic Nurse-Patient Relationship: Function, Process and Principles.* G. P. Putnam's Sons, New York, 1961.
- Rantz, M. J., Zwygart-Stauffacher, M., Popejoye, L., Grando, V. T., Mehr, D. R., Hicks, L. L., Conn, S. V., Wipke-Tevis, D., Porter, R., Bostick, J. und Maas, M.:** Nursing Home Care Quality: A multidimensional model integrating the views of consumer and providers. *Nursing Home Care Quality* 14 (1), 1999, 16–37.
- Rehnsfeldt, A., Lindwall, L., Lohne, V., Lillestø, B., Slettebø, Å., Heggstad, A. K. T., Aasgaard, T., Råholm, M.-B., Caspari, S., Høy, B., Sæteren, B. und Nåden, D.:** The meaning of dignity in nursing home care as seen by relatives. *Nursing ethics* 21 (5), 2014, 507–517. DOI: 10.1177/0969733013511358.
- Rudert, B.:** *Das Dilemma von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität: Ansätze für ein erneuertes Qualitätsmodell in der stationären Altenpflege.* Verlag Dr. Kovač, Hamburg, 2016.
- Schönberg, F.:** *Qualitätssicherung und Nutzerperspektive in stationären Einrichtungen der Altenpflege: Möglichkeiten und Grenzen.* ISS-Pontifex, Frankfurt am Main, 2006.
- Spichiger, E., Kesselring, A., Spirig, R., Geest, S. de und Zukunft Medizin Schweiz:** Professionelle Pflege – Entwicklung und Inhalte einer Definition. *Pflege & Gesellschaft* 19, 2006, 45–51.
- Steinhagen, L.:** *Qualität in der Altenpflege: Wie effizient ist die Qualitätssicherung durch Heimaufsicht und MDK?* Diplomica Verlag GmbH, Hamburg, 2013.
- Strotbek, J., Etgeton, S., Palmowski, S., Schuhen, A., Schmuhl, M. und Schwenk, U.:** *Reformkonzept – Verbraucherorientierte Qualitätsberichterstattung in der Pflege: Anforderungen und Lösungsvorschläge mit besonderem Blick auf Lebensqualität, Personalausstattung und Erfahrungswissen.* Gütersloh, 2017.
- Thiele-Sauer, C., Feichtinger, L. und Baumann, U.:** Der Umzug ins Seniorenheim. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie* 21 (1), 2008, 49–59. DOI: 10.1024/1011-6877.21.1.49.
- Tiedemann, P.:** *Was ist Menschenwürde?: Eine Einführung.* Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt, 2006.
- van Hoof, J., Verbeek, H., Janssen, B. M., Eijkelenboom, A., Molony, S. L., Felix, E., Nieboer, K. A., Zwerts-Verhelst, E. L. M., Sijstermans, J. J. W. M. und Wouters, E. J. M.:** A three perspective study of the sense of home of nursing home residents: the views of residents, care professionals and relatives. *BMC geriatrics* 16 (1), 2016, 169. DOI: 10.1186/s12877-016-0344-9.
- Wingenfeld, K., Engels, D., Kleina, T., Mehlan, S., Franz, S. und Engel H.:** *Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe: Abschlussbericht.* Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bielefeld, Köln, 2011.
- Wingenfeld, K., Stegbauer, C., Willms, G., Voigt, C. und Woitzik R.:** *Abschlussbericht: Darstellung der Konzeption für das neue Prüfverfahren und die Qualitätsdarstellung: Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI in der stationären Pflege.* im Auftrag des Qualitätsausschusses Pflege Überarbeitete Fassung – Bielefeld/Göttingen, 3. September 2018, Bielefeld, Göttingen, 2018.
- Zegelin, A.:** *«Festgenagelt sein»: Der Prozess des Bettlägerigwerdens.* Hans Huber, Bern, 2013.

# Teil C

---

## Fragebogen zur Angehörigenbefragung in der stationären Langzeitpflege

Erstellt durch das Deutsche Institut  
für angewandte Pflegeforschung e. V. (DIP)  
im Auftrag der Weisse Liste gemeinnützige GmbH

### Wissenschaftliche Leitung

**Prof. Dr. Michael Isfort**  
Leiter der Abteilung III Pflegearbeit und -beruf  
Stellv. Vorsitzender des geschäftsführenden Vorstands  
Telefon: 0221 46861-50  
E-Mail: m.isfort@dip.de

### Mitarbeit

**Daniel Tucman (MScN)**  
Wissenschaftlicher Mitarbeiter Abteilung III  
Telefon: 0221 46861-42  
E-Mail: d.tucman@dip.de

# Fragebogen zur Angehörigenbefragung (Originalfassung von 2019)

**Unsere Bitten und Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens:**

- Bitte füllen Sie den Fragebogen mit einem dunklen Stift aus (kein Bleistift).
- Bitte machen Sie nur innerhalb der Kästchen die Antwort-Kreuze.
- Wenn Sie etwas nicht beurteilen können oder nicht wissen, kreuzen Sie bitte „weiß nicht“ an.

**Bitte kreuzen Sie so an:**

Meine Erwartungen bezogen darauf, ...		Meine Erwartungen wurden ...					
		übertroffen	erfüllt	teilweise erfüllt	nicht erfüllt	weiß nicht	
Hier steht eine Frage, die Sie beantworten können.		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
						weiß nicht	
Die Sauberkeit der Nassräume ist einwandfrei.	stimme voll zu	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stimme gar nicht zu	<input type="radio"/>

Die zurückgesandten Fragebögen werden maschinell gelesen. Kreuze zwischen den Kästchen und zusätzliche Kommentare oder Hinweise außerhalb der dafür vorgesehenen Kommentarfelder können daher leider nicht verarbeitet werden.

Im Fragebogen wird zur leichteren Lesbarkeit durchgängig von „der Bewohnerin“ oder „den Bewohnerinnen“ gesprochen, weil die Mehrzahl der Bewohner/-innen weiblich ist. Selbstverständlich sind die männlichen Bewohner oder andere Geschlechter ebenso gemeint.

### Hinweise zum Datenschutz:

Sie bleiben jederzeit anonym. Ihre Antworten unterliegen der strikten statistischen Geheimhaltung und werden gemäß den geltenden gesetzlichen Datenschutzvorschriften [ggf. formaler Pflicht-Datenschutzhinweis oder Bezug auf gesetzliche Grundlage] verarbeitet.

Ihre Adresse ist ausschließlich der Einrichtung bekannt. Die Einrichtung erhält jedoch Ihre Antwort nicht direkt, sondern nur in zusammengefasster und anonymisierter Form. Die am Rand des Fragebogens aufgedruckten Zeichen (Barcode) dienen lediglich der Zuordnung der Fragebögen zu den Einrichtungen und enthalten keinerlei persönliche Daten, weder von Ihnen als Befragten noch von der Bewohnerin.

## 1. Alltagsleben

Im Folgenden sind einige Aspekte zum Thema „Alltagsleben“ genannt. Bitte geben Sie jeweils an, ob die Wohneinrichtung Ihre Erwartungen „übertroffen“, „erfüllt“, „teilweise erfüllt“ oder „nicht erfüllt“ hat. Denken Sie dabei bitte **vor allem an die letzten drei Monate**.

Meine Erwartungen bezogen darauf, ...	Meine Erwartungen wurden ...				
	übertroffen	erfüllt	teilweise erfüllt	nicht erfüllt	weiß nicht
wie vielfältig das Beschäftigungsangebot in der Wohneinrichtung ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wie sehr das Beschäftigungsangebot den Neigungen und Fähigkeiten der Bewohnerin entspricht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wie frei die Bewohnerin aus dem Beschäftigungsangebot wählen kann	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wie frei die Bewohnerin darin ist, ihren Tagesablauf selbst zu gestalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wie sehr die Bewohnerin in alltägliche Abläufe und Tätigkeiten aktiv eingebunden wird	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wie sehr die Einrichtung Ihrem Eindruck nach andere am Alltagsleben in der Wohneinrichtung mitwirken lässt (z. B. durch Angehörigen- oder Wohnbeirat, Fürsprecher o. Ä.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wie frei die Bewohnerin ihr Zimmer nach eigenen Wünschen gestalten kann	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quelle: Eigene Darstellung.

## 2. Vorbeugende und schützende Maßnahmen

Im Folgenden sind einige Aspekte zum Thema „Alltagsleben“ genannt. Bitte geben Sie jeweils an, ob die Wohneinrichtung Ihre Erwartungen „übertrifft“, „erfüllt“, „teilweise erfüllt“ oder „nicht erfüllt“ hat. Denken Sie dabei bitte **vor allem an die letzten drei Monate**.

Meine Erwartungen bezogen darauf, ...	Meine Erwartungen wurden ...				
	übertrifft	erfüllt	teilweise erfüllt	nicht erfüllt	weiß nicht
wie die Privatsphäre der Bewohnerin gewahrt wird (z. B. vor Betreten des Wohnraumes anzuklopfen usw.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wie die Intimsphäre der Bewohnerin gewahrt wird (z. B. bei Toilettengängen die Türen zu schließen usw.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wie frei die Bewohnerin darüber bestimmen kann, von wem sie sich bei der Körper- und Intimpflege unterstützen lässt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wie lange es dauert, bis Pflegende üblicherweise auf einen Ruf (mündlich, per Glocke etc.) reagieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wie die Pflegenden für die Bewohnerin in Notfällen erreichbar sind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wie gut die Einrichtung mit einer Erkrankung der Bewohnerin umgeht (z. B. rechtzeitiges Hinzuziehen einer Ärztin, pflegerische Maßnahmen, Information des gesetzlichen Betreuers usw.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wie umfassend die körperliche Gesundheit geschützt wird (z. B. Vorbeugung von Druckgeschwüren, Gelenkversteifung, Lungenentzündungen usw.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wie das emotionale Wohlbefinden der Bewohnerin gefördert wird (z. B. wie sicher sich die Bewohnerin fühlt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wie umfassend die Beratungsleistungen zu gesundheitlichen Fragen der Bewohnerin sind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wie sehr sich das mir bekannte Personal insgesamt engagiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quelle: Eigene Darstellung.



### 3. Speise- und Getränkeangebot

Im Folgenden sind einige Aspekte zum Thema „Alltagsleben“ genannt. Bitte geben Sie jeweils an, ob die Wohneinrichtung Ihre Erwartungen „übertrifft“, „erfüllt“, „teilweise erfüllt“ oder „nicht erfüllt“ hat. Denken Sie dabei bitte **vor allem an die letzten drei Monate**.

Meine Erwartungen bezogen darauf, ...	Meine Erwartungen wurden ...				
	übertrifft	erfüllt	teilweise erfüllt	nicht erfüllt	weiß nicht
wie vielfältig die Auswahl an Speisen ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wie gut die Speisen der Bewohnerin schmecken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wie ausgewogen die Nahrungsmittel sind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wie flexibel die Einrichtung auf die Wünsche der Bewohnerin hinsichtlich der Mahlzeiten eingeht (z. B. zu welcher Uhrzeit, Größe der Portionen etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wie vielfältig das Angebot an Zwischenmahlzeiten ist (Joghurt, Obst, Kuchen usw.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wie vielfältig die Auswahl an frei verfügbaren Getränken ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wie frei die Bewohnerin darin ist, eigene alkoholische Getränke genießen zu dürfen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quelle: Eigene Darstellung.

WEISSE  
LISTE

| BertelsmannStiftung

### 4. Wohnen und Hauswirtschaft

Bitte schätzen Sie aufgrund Ihrer Erlebnisse **besonders der letzten drei Monate** in der Wohneinrichtung die folgenden Aussagen zum Thema „Wohnen und Hauswirtschaft“ ein. Mit den Feldern zwischen den Aussagen können Sie Ihre Einschätzungen abstimmen.

							weiß nicht
Die Sauberkeit der Nassräume ist einwandfrei.	stimme voll zu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stimme gar nicht zu	<input type="radio"/>
Die Sauberkeit des Geschirrs (Teller, Besteck, Trinkgefäße etc.) ist einwandfrei.	stimme voll zu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stimme gar nicht zu	<input type="radio"/>
Die Ordnung in den Gemeinschaftsräumen ist so, dass sich die Bewohnerin dort voll und ganz wohlfühlt.	stimme voll zu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stimme gar nicht zu	<input type="radio"/>
Die Wohnatmosphäre der Gemeinschaftsräume ist sehr angenehm.	stimme voll zu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stimme gar nicht zu	<input type="radio"/>
Die Reinigung der persönlichen Kleidung ist einwandfrei.	stimme voll zu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stimme gar nicht zu	<input type="radio"/>
Die Versorgung der Bewohnerin mit sauberer Wäsche ist einwandfrei.	stimme voll zu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stimme gar nicht zu	<input type="radio"/>

Quelle: Eigene Darstellung.

WEISSE  
LISTE

| BertelsmannStiftung

### 5. Kommunikation

Bitte schätzen Sie aufgrund Ihrer Erlebnisse **besonders der letzten drei Monate** in der Wohneinrichtung die folgenden Aussagen zum Thema „Wohnen und Hauswirtschaft“ ein. Mit den Feldern zwischen den Aussagen können Sie Ihre Einschätzungen abstimmen.

							weiß nicht
Das Personal hat für <b>meine</b> Wünsche oder Bitten jederzeit ein offenes Ohr.	stimme voll zu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stimme gar nicht zu	<input type="radio"/>
Das Personal hat für die Wünsche oder Bitten <b>der Bewohnerin</b> jederzeit ein offenes Ohr.	stimme voll zu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stimme gar nicht zu	<input type="radio"/>
Das Personal geht mit <b>meinen</b> kritischen Rückfragen/Anmerkungen stets konstruktiv um.	stimme voll zu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stimme gar nicht zu	<input type="radio"/>
Wenn ich mit einer Leitungsperson (z. B. Pflegedienstleitung, Wohnbereichsleitung) ausführlicher sprechen möchte, bekomme ich zeitnah einen Termin.	stimme voll zu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stimme gar nicht zu	<input type="radio"/>
Ich habe in der Wohneinrichtung jederzeit die Möglichkeit, mich mit der Bewohnerin ungestört unterhalten zu können.	stimme voll zu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stimme gar nicht zu	<input type="radio"/>
Wenn ich mit dem Wohnbeirat in Kontakt treten möchte, ist das völlig unkompliziert möglich.	stimme voll zu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stimme gar nicht zu	<input type="radio"/>
Der Umgangston des Personals <b>mir gegenüber</b> ist jederzeit wertschätzend.	stimme voll zu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stimme gar nicht zu	<input type="radio"/>
Der Umgangston des Personals <b>der Bewohnerin und anderen Bewohnerinnen gegenüber</b> ist meinem Eindruck nach jederzeit wertschätzend.	stimme voll zu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stimme gar nicht zu	<input type="radio"/>
Ich kann stets darauf vertrauen, dass Absprachen zwischen mir und dem Personal eingehalten werden.	stimme voll zu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stimme gar nicht zu	<input type="radio"/>
Ich fühle mich jederzeit gut über wichtige Dinge, die die Bewohnerin betreffen, informiert. [ <b>Hinweis:</b> bestimmte Informationen darf die Wohneinrichtung nur an gesetzliche Betreuer geben.]	stimme voll zu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stimme gar nicht zu	<input type="radio"/>
Das Personal informiert sich meinem Eindruck nach sehr gut untereinander über die Bewohnerin.	stimme voll zu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stimme gar nicht zu	<input type="radio"/>

Quelle: Eigene Darstellung.



| BertelsmannStiftung

**6. Kritische Ereignisse**

Hinweis: Die Ergebnisse dieses Fragenkapitels werden nicht veröffentlicht.

Im Folgenden sind einige kritische Ereignisse genannt. Bitte geben Sie an, **wie häufig im vergangenen Jahr** ein solches Ereignis in der Wohneinrichtung **vorgekommen ist**.

Wie häufig kam es vor, ...	nie	einmal	mehrfach	häufig	weiß nicht
dass Sie Mängel in der Körperpflege der Bewohnerin feststellen mussten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
dass die Bewohnerin vom Personal körperlich grob behandelt wurde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
dass die Bewohnerin vom Personal mit Worten grob behandelt wurde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
dass die Bewohnerin von anderen Bewohnerinnen körperlich angegriffen wurde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
dass sich die Bewohnerin ungeklärte Verletzungen zugezogen hat?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
dass schwerwiegende Ereignisse (z. B. Stürze, Verletzungen) nicht in die Pflegedokumentation aufgenommen wurden? [Hinweis: Die Pflegedokumentation darf nicht von jedermann eingesehen werden.]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quelle: Eigene Darstellung.

WEISSE  
LISTE

| BertelsmannStiftung

**7. Unterstützung der Bewohnerin**

Im Folgenden sind einige Aspekte zum Thema „Unterstützung der Bewohnerin“ genannt. Bitte geben Sie jeweils an, ob die Wohneinrichtung Ihre Erwartungen „übertroffen“, „erfüllt“, „teilweise erfüllt“ oder „nicht erfüllt“ hat. Denken Sie dabei **besonders an die letzten drei Monate**.

Meine Erwartungen bezogen darauf, ...	Meine Erwartungen wurden ...				
	übertroffen	erfüllt	teilweise erfüllt	nicht erfüllt	weiß nicht
wie die Bewohnerin dabei unterstützt wird, Kontakte zu anderen Bewohnerinnen aufzubauen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wie die Bewohnerin dabei unterstützt wird, an Aktivitäten im Stadtteil teilnehmen zu können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wie die Bewohnerin dabei unterstützt wird, ihren Glauben und ihre Spiritualität auszuüben (z. B. Andachten im Haus, Besuch von Gottesdiensten)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wie das Personal die Bewohnerin dabei unterstützt, Termine bei Therapeuten oder Ärztinnen außerhalb der Einrichtung wahrnehmen zu können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wie sehr sich das Personal darum bemüht, dass ggf. benötigte Hilfsmittel der Bewohnerin funktionstüchtig sind (z. B. Brillen, Hörgeräte, Rollstühle, Prothesen). [Hinweis: Die Einrichtung ist dafür in vielen Fällen nicht verantwortlich, kann aber beispielsweise eine Wartung veranlassen oder jeweils Zuständige informieren.]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quelle: Eigene Darstellung.

WEISSE  
LISTE

| BertelsmannStiftung

### 8. Fragen zum Personal

Bitte schätzen Sie aufgrund Ihrer Erlebnisse **besonders der letzten drei Monate** in der Wohneinrichtung die folgenden Aussagen ein. Mit den Feldern zwischen den Aussagen können Sie Ihre Einschätzungen abstimmen.

							weiß nicht
Das Personal zeigt im Großen und Ganzen ein hohes Einfühlungsvermögen.	stimme voll zu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stimme gar nicht zu	<input type="radio"/>
Es gibt kaum Wechsel beim Stammpersonal, das die Bewohnerin versorgt.	stimme voll zu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stimme gar nicht zu	<input type="radio"/>
Es gibt verlässlich eine Hauptansprechpartnerin für die Bewohnerin und mich (sog. Bezugspflegekraft).	stimme voll zu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stimme gar nicht zu	<input type="radio"/>
Meinem Eindruck nach geht das Personal mit verwirrten Bewohnerinnen der Wohneinrichtung jederzeit respektvoll um.	stimme voll zu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stimme gar nicht zu	<input type="radio"/>
Das Personal achtet stets auf die eigene Körperhygiene.	stimme voll zu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stimme gar nicht zu	<input type="radio"/>
Das Personal geht mit dem Eigentum der Bewohnerin jederzeit sorgsam um (z. B. Kleidung, Schmuck, Prothesen, Hörgeräte usw.).	stimme voll zu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stimme gar nicht zu	<input type="radio"/>

Quelle: Eigene Darstellung.



| BertelsmannStiftung

### 9. Ihre Einschätzung insgesamt

Bitte beantworten Sie diese abschließenden Fragen zur Wohneinrichtung insgesamt.

Fühlt sich die Bewohnerin in der Wohneinrichtung so wohl, dass sie diese als ein neues Zuhause betrachtet?	voll und ganz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	überhaupt nicht	<input type="radio"/>
Wenn Sie heute (nochmal) wählen könnten – würden Sie sich wieder für diese Wohneinrichtung entscheiden?	auf jeden Fall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	auf keinen Fall	<input type="radio"/>
Würden Sie diese Wohneinrichtung Ihrem besten Freund/Ihrer besten Freundin weiterempfehlen?	auf jeden Fall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	auf keinen Fall	<input type="radio"/>

Quelle: Eigene Darstellung.



| BertelsmannStiftung

**10. Lob und Kritik an die Einrichtung**

Hinweis: Ihre Rückmeldung wird unverändert an die Einrichtung weitergeleitet, aber nicht veröffentlicht. Falls Sie anonym bleiben möchten, sollten Sie nicht Ihren Namen, den Namen der Bewohnerin angeben oder andere Angaben machen, die Sie oder die Bewohnerin erkennbar werden lassen.

Was möchten Sie der Einrichtung als **Lob** zurückmelden?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Was möchten Sie der Einrichtung als **Kritik** zurückmelden?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Quelle: Eigene Darstellung.

### 11. Persönliche Angaben

Hinweis: Die folgenden persönlichen Angaben dienen allein wissenschaftlichen Zwecken und werden nicht veröffentlicht oder an die Einrichtung weitergegeben. Wir bitten Sie auch hier um Ihre freiwilligen Angaben.

	30 Jahre oder jünger	31-40 Jahre	41-50 Jahre	51-60 Jahre	61-70 Jahre	71-80 Jahre	81-90 Jahre	91 Jahre oder älter	keine Angabe
Wie alt ist die Bewohnerin?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie alt sind Sie selbst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bitte geben Sie das Geschlecht der Bewohnerin an.	weiblich <input type="radio"/>		männlich <input type="radio"/>		divers <input type="radio"/>		keine Angabe <input type="radio"/>		
Bitte geben Sie Ihr eigenes Geschlecht an.	weiblich <input type="radio"/>		männlich <input type="radio"/>		divers <input type="radio"/>		keine Angabe <input type="radio"/>		
Bitte geben Sie den Pflegegrad der Bewohnerin an.	Grad 1 <input type="radio"/>	Grad 2 <input type="radio"/>	Grad 3 <input type="radio"/>	Grad 4 <input type="radio"/>	Grad 5 <input type="radio"/>	kein Pflegegrad <input type="radio"/>		keine Angabe <input type="radio"/>	
Ist die Bewohnerin ihres Wissens oder Ihrem Eindruck nach von einer geistigen Beeinträchtigung betroffen, die ihr Verhalten verändert (z. B. Demenz, Alzheimer o. Ä.)?						Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	keine Angabe <input type="radio"/>	
Bitte geben Sie an, wie lange die Bewohnerin bereits in der Einrichtung lebt.	weniger als 3 Monate <input type="radio"/>	3-6 Monate <input type="radio"/>	7-12 Monate <input type="radio"/>	13-24 Monate <input type="radio"/>	länger als 24 Monate <input type="radio"/>		keine Angabe <input type="radio"/>		
Bitte geben Sie an, wie häufig Sie persönlich in der Regel die Bewohnerin in der Wohneinrichtung besuchen.	mehrmals wöchentlich <input type="radio"/>	wöchentlich <input type="radio"/>	monatlich <input type="radio"/>	vierteljährlich <input type="radio"/>	seltener <input type="radio"/>		keine Angabe <input type="radio"/>		
Bitte geben Sie an, wie häufig Sie persönlich ansonsten Kontakt mit der Bewohnerin haben, etwa per Telefon, Handy-App oder E-Mail.	mehrmals wöchentlich <input type="radio"/>	wöchentlich <input type="radio"/>	monatlich <input type="radio"/>	vierteljährlich <input type="radio"/>	seltener <input type="radio"/>		keine Angabe <input type="radio"/>		

Auf welche Weise sind Sie mit der Bewohnerin verwandt bzw. mit Ihr verbunden? Bitte kreuzen Sie an:

<input type="radio"/> Ehefrau/-mann	<input type="radio"/> Schwiegertochter/-sohn	<input type="radio"/> Nefte/Nichte	<input type="radio"/> andere
<input type="radio"/> Partnerin/Partner	<input type="radio"/> Schwester/Bruder	<input type="radio"/> Cousine/Cousin	<input type="radio"/> keine Angabe
<input type="radio"/> Tochter/Sohn	<input type="radio"/> Enkeltochter/-sohn	<input type="radio"/> enge(r) Freund(in)	

Bitte geben Sie an, ob Sie für die Bewohnerin in gesundheitsbezogenen Fragen die gesetzliche Betreuung übernommen haben.

Ja
  Nein
  keine Angabe

Quelle: Eigene Darstellung.

# Fragebogen zur Angehörigenbefragung (Revidierte Fassung von 2023)

## 1. Alltagsleben

Im Folgenden sind einige Aspekte zum Thema „Alltagsleben“ genannt. Bitte geben Sie jeweils an, ob die Wohneinrichtung Ihre Erwartungen „übertroffen“, „erfüllt“, „teilweise erfüllt“ oder „nicht erfüllt“ hat. Denken Sie dabei bitte **vor allem an die letzten drei Monate**.

Meine Erwartungen bezogen darauf, ...	Meine Erwartungen wurden ...				
	übertroffen	erfüllt	teilweise erfüllt	nicht erfüllt	weiß nicht
wie vielfältig die Angebote der Wohneinrichtung für die Bewohnerin sind (Beschäftigung, Ausflüge, Feiern usw.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wie stark sich die Angebote der Wohneinrichtung nach den individuellen Wünschen und Fähigkeiten der Bewohnerin richten (Beschäftigung, Ausflüge, Feiern usw.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wie gut die Bewohnerin dabei unterstützt wird, dass sie an sozialen, kulturellen oder religiösen Ereignissen teilhaben kann	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wie stark die Bewohnerin in alltägliche Abläufe und Aktivitäten (z. B. hauswirtschaftliche Tätigkeiten) einbezogen wird	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quelle: Eigene Darstellung.

## 2. Wohnen und Hauswirtschaft, Speise- und Getränkeangebot

Im Folgenden sind einige Aspekte zum Thema „Wohnen und Hauswirtschaft“ sowie „Speise- und Getränkeangebot“ genannt. Bitte geben Sie jeweils an, ob die Wohneinrichtung Ihre Erwartungen „übertroffen“, „erfüllt“, „teilweise erfüllt“ oder „nicht erfüllt“ hat. Denken Sie dabei bitte vor allem an die letzten drei Monate.

Meine Erwartungen bezogen darauf, ...	Meine Erwartungen wurden ...				
	übertroffen	erfüllt	teilweise erfüllt	nicht erfüllt	weiß nicht
wie für Sauberkeit und Hygiene gesorgt wird	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wie angenehm die Atmosphäre der Wohneinrichtung ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wie vielfältig die Auswahl an Speisen und Getränken ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wie gut die Speisen der Bewohnerin schmecken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
dass die Bewohnerin stets ausreichend mit Essen und Trinken versorgt wird	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quelle: Eigene Darstellung.



| BertelsmannStiftung



### 3. Versorgung durch das Personal

Im Folgenden sind einige Aspekte zum Thema „Versorgung durch das Personal“ genannt. Bitte geben Sie jeweils an, ob die Wohneinrichtung Ihre Erwartungen „übertrifft“, „erfüllt“, „teilweise erfüllt“ oder „nicht erfüllt“ hat. Denken Sie dabei bitte **vor allem an die letzten drei Monate**.

Meine Erwartungen bezogen darauf, ...	Meine Erwartungen wurden ...				
	übertrifft	erfüllt	teilweise erfüllt	nicht erfüllt	weiß nicht
wie wertschätzend sich das Personal verhält	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wie das Personal auf Bitten und Wünsche eingeht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wie reibungslos das Personal arbeitet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wie die Privatsphäre der Bewohnerin gewahrt wird (z. B. anklopfen, Türen schließen usw.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wie gut auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Bewohnerin geachtet wird	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wie schnell und einfach die Bewohnerin Unterstützung oder Hilfe erhält, wenn sie diese benötigt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wie respektvoll das Personal mit verwirrten Bewohnerinnen umgeht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wie verlässlich Absprachen mit dem Personal sind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wie sehr sich das Personal bemüht, dass ggf. benötigte Hilfsmittel der Bewohnerin funktionstüchtig sind (z. B. Brillen, Hörgeräte, Rollstühle, Prothesen) <i>[Hinweis: Die Wohneinrichtung ist dafür in vielen Fällen nicht verantwortlich, kann aber beispielsweise eine Wartung oder Reparatur veranlassen oder jeweils Zuständige informieren.]</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wie beständig das Stammpersonal ist, das die Bewohnerin versorgt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wie verlässlich eine Haupt-Ansprechpartnerin unter den Pflegefachkräften (sog. Bezugspflegekraft) für die Bewohnerin und mich ansprechbar ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wie einfühlsam das Personal ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
wie sehr sich das mir bekannte Personal insgesamt engagiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quelle: Eigene Darstellung.

#### 4. Kritische Ereignisse

Hinweis: Die Ergebnisse dieses Fragenkapitels werden nicht veröffentlicht.

Im Folgenden sind einige kritische Ereignisse genannt. Bitte geben Sie an, wie häufig im vergangenen Jahr ein solches Ereignis in der Wohneinrichtung vorgekommen ist.

Wie häufig kam es vor, ...	nie	einmal	mehrfach	häufig	weiß nicht
dass Sie Mängel in der Körperpflege der Bewohnerin feststellen mussten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
dass die Bewohnerin vom Personal körperlich grob behandelt wurde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
dass die Bewohnerin vom Personal mit Worten grob behandelt wurde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
dass die Bewohnerin von anderen Bewohnerinnen körperlich angegriffen wurde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
dass sich die Bewohnerin ungeklärte Verletzungen zugezogen hat?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
dass schwerwiegende Ereignisse (z. B. Stürze, Verletzungen) nicht in die Pflegedokumentation aufgenommen wurden? [Hinweis: Die Pflegedokumentation darf nur von dazu bevollmächtigten Angehörigen oder Personen eingesehen werden.]	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quelle: Eigene Darstellung.



| BertelsmannStiftung

#### 5. Ihre Einschätzung insgesamt

Bitte beantworten Sie diese abschließenden Fragen zur Wohneinrichtung insgesamt.

	ja, auf jeden Fall	eher ja	eher nein	nein, auf keinen Fall
Fühlt sich die Bewohnerin in der Wohneinrichtung so, dass sie diese als eine Art Zuhause betrachten kann?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn Sie heute (noch mal) wählen könnten – würden Sie sich wieder für diese Wohneinrichtung entscheiden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Würden Sie diese Wohneinrichtung Ihrem besten Freund/Ihrer besten Freundin weiterempfehlen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quelle: Eigene Darstellung.



| BertelsmannStiftung

**6. Lob und Kritik an die Einrichtung**

*Hinweis: Ihre Rückmeldung wird unverändert an die Wohneinrichtung weitergeleitet, aber nicht veröffentlicht. Falls Sie anonym bleiben möchten, sollten Sie nicht Ihren Namen, den Namen der Bewohnerin oder andere Angaben machen, die Sie oder die Bewohnerin erkennbar werden lassen.*

Was möchten Sie der Wohneinrichtung als **Lob** zurückmelden?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Was möchten Sie der Wohneinrichtung als **Kritik** zurückmelden?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Quelle: Eigene Darstellung.

### 7. Persönliche Angaben

Hinweis: Die folgenden persönlichen Angaben dienen allein wissenschaftlichen Zwecken und werden nicht veröffentlicht oder an die Wohneinrichtung weitergegeben. Wir bitten Sie auch hier um Ihre freiwilligen Angaben.

Bitte vervollständigen Sie die Angaben zu Ihrer Person und der in der Wohneinrichtung lebenden Bewohnerin.

	30 Jahre oder jünger	31-40 Jahre	41-50 Jahre	51-60 Jahre	61-70 Jahre	71-80 Jahre	81-90 Jahre	91 Jahre oder älter	keine Angabe
Wie alt ist die Bewohnerin?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie alt sind Sie selbst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bitte geben Sie das Geschlecht der Bewohnerin an.	weiblich <input type="radio"/>		männlich <input type="radio"/>		divers <input type="radio"/>		keine Angabe <input type="radio"/>		
Bitte geben Sie Ihr eigenes Geschlecht an.	weiblich <input type="radio"/>		männlich <input type="radio"/>		divers <input type="radio"/>		keine Angabe <input type="radio"/>		
Bitte geben Sie den Pflegegrad der Bewohnerin an.	Grad 1 <input type="radio"/>	Grad 2 <input type="radio"/>	Grad 3 <input type="radio"/>	Grad 4 <input type="radio"/>	Grad 5 <input type="radio"/>	kein Pflegegrad <input type="radio"/>		keine Angabe <input type="radio"/>	
Ist die Bewohnerin ihres Wissens oder Ihrem Eindruck nach von einer geistigen Beeinträchtigung betroffen, die ihr Verhalten verändert (z. B. Demenz, Alzheimer o. Ä.)?						Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	keine Angabe <input type="radio"/>	
Bitte geben Sie an, wie lange die Bewohnerin bereits in der Einrichtung lebt.	weniger als 3 Monate <input type="radio"/>	3-6 Monate <input type="radio"/>	7-12 Monate <input type="radio"/>	13-24 Monate <input type="radio"/>	länger als 24 Monate <input type="radio"/>		keine Angabe <input type="radio"/>		
Bitte geben Sie an, wie häufig Sie persönlich in der Regel die Bewohnerin in der Wohneinrichtung besuchen.	mehrmals wöchentlich <input type="radio"/>	wöchentlich <input type="radio"/>	monatlich <input type="radio"/>	vierteljährlich <input type="radio"/>	seltener <input type="radio"/>		keine Angabe <input type="radio"/>		
Bitte geben Sie an, wie häufig Sie persönlich ansonsten Kontakt mit der Bewohnerin haben, etwa per Telefon, Handy-App oder E-Mail.	mehrmals wöchentlich <input type="radio"/>	wöchentlich <input type="radio"/>	monatlich <input type="radio"/>	vierteljährlich <input type="radio"/>	seltener <input type="radio"/>		keine Angabe <input type="radio"/>		
Auf welche Weise sind Sie mit der Bewohnerin verwandt bzw. mit Ihr verbunden? Bitte kreuzen Sie an:									
<input type="radio"/> Ehefrau/-mann	<input type="radio"/> Schwiegertochter/-sohn		<input type="radio"/> Nefte/Nichte		<input type="radio"/> andere				
<input type="radio"/> Partnerin/Partner	<input type="radio"/> Schwester/Bruder		<input type="radio"/> Cousine/Cousin		<input type="radio"/> keine Angabe				
<input type="radio"/> Tochter/Sohn	<input type="radio"/> Enkeltochter/-sohn		<input type="radio"/> Freundin/Freund						
Bitte geben Sie an, ob Sie für die Bewohnerin in <b>gesundheitsbezogenen Fragen die gesetzliche Betreuung</b> übernommen haben.									
<input type="radio"/> Ja			<input type="radio"/> Nein			<input type="radio"/> keine Angabe			

Quelle: Eigene Darstellung.



BertelsmannStiftung

# Teil D

---

## Handlungsleitfaden

### Auswertung und Umgang mit den Ergebnissen der Angehörigenbefragung zur Qualitätseinschätzung der stationären Langzeitpflege

Erstellt durch das Deutsche Institut  
für angewandte Pflegeforschung e. V. (DIP)  
im Auftrag der Weisse Liste gemeinnützige GmbH

#### Wissenschaftliche Leitung

**Prof. Dr. Michael Isfort**  
Leiter der Abteilung III Pflegearbeit und -beruf  
Stellv. Vorsitzender des geschäftsführenden Vorstands  
Telefon: 0221 46861-50  
E-Mail: m.isfort@dip.de

#### Mitarbeit

**Daniel Tucman (MScN)**  
Wissenschaftlicher Mitarbeiter Abteilung III  
Telefon: 0221 46861-42  
E-Mail: d.tucman@dip.de

## Teil D – Handlungsleitfaden

<b>1 Hintergrund</b>	<b>71</b>
<b>2 Zuordnung der Fragen zu Qualitätsdimensionen</b>	<b>73</b>
<b>3 Methoden der Analyse</b>	<b>77</b>
<b>4 Darstellung der Ergebnisse</b>	<b>82</b>
4.1 Optionen zur Ergebnisdarstellung	82
4.2 Ergebnisdarstellung in der Pflegeheimsuche der Weissen Liste	88
<b>5 Umgang mit den individuellen Ergebnissen</b>	<b>90</b>
5.1 Perspektive der Einrichtungen	90
5.2 Perspektive der Aufsichtsbehörden	90
5.3 Perspektive der Verbraucher	92
<b>Literatur</b>	<b>92</b>

### Tabellen

TABELLE 1	Itemzuordnung zu den übergeordneten Dimensionen (Originalfragebogen von 2019)	74
TABELLE 2	Itemzuordnung zu den übergeordneten Dimensionen (Revisionsfassung von 2023)	76
TABELLE 3	Auswertungsmuster Gegenüberstellung kumulierter Häufigkeitsverteilungen	78
TABELLE 4	Kumulierte Häufigkeitsverteilung in einer Dimension	79
TABELLE 5	Vergleich einzelner Einrichtungen am Kollektiv	80

### Abbildungen

ABBILDUNG 1	Darstellungsmuster Polardiagramm zum Vergleich zweier Datensätze in einer Antwortkategorie	82
ABBILDUNG 2	Tornado-Diagramm zum Vergleich zweier Datensätze in einer Antwortkategorie	83
ABBILDUNG 3	Bullet-Chart-Diagramm zum Vergleich zweier Datensätze in einer Antwortkategorie	84
ABBILDUNG 4	Darstellungsmuster mehrdimensionales Säulendiagramm zum Vergleich zweier Datensätze in einer Antwortkategorie	85
ABBILDUNG 5	Darstellungsmuster komplementäres Säulendiagramm zu Abbildung 4	85
ABBILDUNG 6	Darstellungsmuster vergleichendes Säulendiagramm für den Abgleich zwischen Einrichtung und Benchmark in einer Dimension	86
ABBILDUNG 7	Säulendiagramm zur Gegenüberstellung der Abweichungen zu den Endpolen	87
ABBILDUNG 8	Tree-Map-Diagramm zur Darstellung von dimensionalen Verhältnissen in einer Antwortkategorie	87
ABBILDUNG 9	Screenshot Layer Detailprofil, aggregierte Darstellung, Weisse Liste Pflegeheimsuche	89
ABBILDUNG 10	Screenshot Layer Detailprofil, vollständige Darstellung, Weisse Liste Pflegeheimsuche	89

# 1 Hintergrund

Das vorliegende Papier stellt eine Handlungsempfehlung dar. Sie bezieht sich auf die Angehörigenbefragung zur Qualitätseinschätzung der stationären Langzeitpflegeeinrichtungen, die in Hamburg erstmals zur Anwendung kommen soll. Die Angehörigenbefragung wurde in einem Projekt im Auftrag der Weissen Liste vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (DIP) in Köln entwickelt.

## Das Projekt umfasst

- die Erstellung eines theoretischen Gutachtens zu den Möglichkeiten und Grenzen der Qualitätsmessung
- die Erstellung des Fragebogens (Verfahrens) unter Beteiligung relevanter Akteure, insbesondere der Einrichtungen und Betroffenen
- die Entwicklung von Empfehlungen zur Datenaufbereitung und Datenauswertung

Mit der Entwicklung eines Befragungsbogens zur Einschätzung der Qualität der Versorgung in teil-/vollstationären Einrichtungen der Altenpflege aus der Perspektive von Angehörigen/Zugehörigen wird grundsätzlich Neuland betreten, denn eine Angehörigenbefragung stellt bisher kein Regelverfahren in der Darlegung der Qualitätskriterien dar. In Hamburg wird dies erstmalig im Rahmen einer flächendeckenden Analyse mit einrichtungsbezogener Veröffentlichung umgesetzt. Damit wird dem Anspruch Rechnung getragen, dass Angehörige als zentrale Personengruppe in die Qualitätsentwicklung der Einrichtungen und der Bewertung von Einrichtungen mit einbezogen werden. Dies stärkt insgesamt die Perspektive des Verbraucherschutzes, ermöglicht die Veröffentlichung von Verbraucherempfehlungen und ermöglicht es zugleich den Einrichtungen, in einem Regelverfahren Daten zu gewinnen, die für die interne Qualitätsentwicklung relevante Aspekte systematisieren. Sie

können daher sowohl einen Beitrag für das Qualitätsmanagement der Einrichtungen leisten als auch für die Stabilisierung gelingender Prozesse und darüber hinaus für die Anpassung bestehender sowie die Entwicklung neuer Angebote verwendet werden. Ebenso können Ergebnisse auch für die Außendarstellung der Stärken der eigenen Einrichtung genutzt werden (Öffentlichkeitsarbeit). Durch die Veröffentlichung der Ergebnisse wird zudem den Verbrauchern eine Informationsbasis geboten, die eine besser informierte Auswahl einer Einrichtung ermöglicht.

Andererseits unterliegen die durch eine solche Befragung gewonnenen Daten zahlreichen Limitierungen. So kann von den Angehörigen nicht erwartet werden, dass sie eine umfassende fachliche Qualität der Versorgung einschätzen können, denn dazu bedarf es umfassender fachlicher Kenntnisse. Darüber hinaus liegen unterschiedliche Vorstellungen und Ansprüche bei Menschen vor, die auf eine Bewertung Einfluss nehmen. Ebenso muss berücksichtigt werden, dass nicht alle Bewohner über regelhafte Kontakte von Angehörigen/Zugehörigen verfügen. Als ein weiterer Aspekt ist zu berücksichtigen, dass der Einzug eines älteren Menschen in eine Institution auch eine systemische Veränderung der Familienkonstellation bedingt. Hier können ethische, psychische und auch finanzielle Fragestellungen oder Konflikte zutage treten und auf Fragen und die konkrete Bewertung der Angebote vor Ort einwirken.

Die benannten limitierenden Aspekte stellen nicht die Möglichkeiten einer Befragung generell infrage, sie verweisen jedoch auf die Notwendigkeit, sich dezidiert mit den daraus resultierenden Grenzen der Ergebnisse zu beschäftigen und erfordern ein klares Konzept der Datenauswertung und Interpretation. Diesem Aspekt soll mit vorliegender Handlungsempfehlung Rechnung getragen werden.

---

Die Handlungsempfehlung beschreibt nachfolgend mögliche Auswertungsmethoden und Ergebnisdarstellungen, die aus methodologischer Sicht zielführend und angemessen erscheinen. Darüber hinaus werden auch jene Verfahren beschrieben, die als problematisch eingestuft werden, und begründet, warum von deren Nutzung abgeraten wird. Eine weitere Zielsetzung dieses Papiers ist es, den Einrichtungen sowie den zuständigen Aufsichtsbehörden daraus resultierende Interpretationshilfen für die Ergebnisse an die Hand zu geben. Diese sollen helfen, die Ergebnisse einordnen zu können sowie ggf. Maßnahmen der Kommunikation, der Anpassung oder auch der Stabilisierung einzuleiten bzw. aus Perspektive der Aufsichtsbehörden den Hinweis zu erhalten, Beratung oder nähere Prüfung bei Verdachtsfällen zu initiieren.

Zentral zum Verständnis der Konzeption der Fragen und Skalen ist, dass dem Modell keine defizitorientierte Ausrichtung zugrunde liegt. Vielmehr soll es ermöglicht werden, auch die Leistungen darzulegen und einschätzen zu können, die auf eine besondere Qualität hinweisen. Dem wird u. a. dadurch Rechnung getragen, dass der Fokus nicht ausschließlich auf eine „Zufriedenheit“ gelegt wird, sondern dass auf Erwartungshorizonte abgestellt wird, die nicht nur erfüllt, sondern auch übertroffen werden können.



## 2 Zuordnung der Fragen zu Qualitätsdimensionen

---

Im Verlauf der Fragebogenentwicklung wurden Experten aus der Wissenschaft, den Pflegeanbietern und Betroffenengruppen und -vertreter eingebunden. Dadurch wurden in mehreren iterativen Schleifen Fragen neu formuliert, zum Teil verworfen und zum Teil neu aufgenommen. In dem theoretischen Gutachten, das der Fragebogenentwicklung vorausging, wurden die Konstrukte und Dimensionen, die für das theoretisch abgeleitete Qualitätsverständnis kennzeichnend sind, hierarchisch geordnet. Um den Fragebogen auch dimensionsbezogen auswerten zu können, müssen die entwickelten Fragen, die im Fragebogen einer thematisch-redaktionellen Ordnung unterliegen, wieder den gutachterlich entwickelten Qualitätsdimensionen zugeordnet werden. Dabei handelt es sich um eine normative Setzung die auf der inhaltlichen Expertise beruht. Die deskriptive Auswertung soll unseres Erachtens nach zuerst nach den gutachterlich gesetzten Qualitätsdimensionen erfolgen. Im Verlauf der Fragebogenerstellung wurden bestimmte Dimensionen neu zusammengefasst und weichen dementsprechend von der kleinteiligeren Ausführung im theoretischen Gutachten ab. So wurden beispielsweise die Dimensionen „Förderung der Selbstständigkeit“, „Sinnstiftung in der Wohneinrichtung“ und „Förderung sozialer Beziehungen“ unter der Dimension „Selbstbestimmung und Selbstständigkeit“ subsumiert. Die Dimensionen „Medizinische Versorgung“ und „Pflegerische und therapeutische Versorgung“ wurden als eine Dimension unter „Fachspezifische Versorgung“ zusammengefasst. Ein Großteil der pflegetheoretischen Bedürfnisorientierungen wurde nicht im Fragebogen berücksichtigt, da diese Merkmale aus der Perspektive der Angehörigen schwer zu beurteilen sind. Die Dimension „Einrichtungsgestaltung“ wurde in dem iterativen Prozess der Fragebogenentwicklung gänzlich gestrichen. Das Teilkonstrukt „Wohnatmosphäre“ wurde allgemeiner zu „Wohnen“ umformuliert

Im Zuge der Weiterentwicklung und Stabilisierung des Fragebogens empfehlen wir, eine empirische Überprüfung der Dimensionen durchzuführen, um ggf. eine Neuordnung der Items zu den Dimensionen vorzunehmen. In der nachfolgenden Tabelle 2 wird die Zuordnung der Fragen zu den Dimensionen abgetragen. Wir empfehlen für die Datenauswertung die einzelnen Fragen dimensionsbezogen zu kodieren, um die spätere Datenanalyse klarer und einfacher zu gestalten.

In der revidierten Fassung des Fragebogens wurde die Zuordnung der Fragen zu Qualitätsdimensionen beibehalten, wie aus Tabelle 2 hervorgeht. Allein die Frage zur Wahrung der Privatsphäre wurde von der Dimension „Sicherheit“ in die Dimension „Respektvoller Umgang“ umgruppiert.

TABELLE 1 Itemzuordnung zu den übergeordneten Dimensionen (Originalfragebogen von 2019)

TEILKONSTRUKT	DIMENSION	KAPITEL IM FRAGEBOGEN	MERKMAL
Autonomie und Würde	Selbstbestimmung und Selbstständigkeit	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>wie vielfältig das Beschäftigungsangebot in der Wohneinrichtung ist</li> <li>wie sehr das Beschäftigungsangebot den Neigungen und Fähigkeiten der Bewohnerin entspricht</li> <li>wie frei die Bewohnerin aus dem Beschäftigungsangebot wählen kann</li> <li>wie frei die Bewohnerin darin ist, ihren Tagesablauf selbst zu gestalten</li> <li>wie sehr die Bewohnerin in alltägliche Abläufe und Tätigkeiten aktiv eingebunden wird</li> <li>wie sehr die Einrichtung Ihrem Eindruck nach andere am Alltagsleben in der Wohneinrichtung mitwirken lässt (z. B. durch Angehörigen- oder Wohnbeirat, Fürsprecher o. Ä.)</li> <li>wie frei die Bewohnerin ihr Zimmer nach eigenen Wünschen gestalten kann</li> </ul>
		2	<ul style="list-style-type: none"> <li>wie frei die Bewohnerin darüber bestimmen kann, von wem sie sich bei der Körper- und Intimpflege unterstützen lässt</li> </ul>
		3	<ul style="list-style-type: none"> <li>wie flexibel die Einrichtung auf die Wünsche der Bewohnerin hinsichtlich der Mahlzeiten eingeht (z. B. zu welcher Uhrzeit, Größe der Portionen etc.)</li> <li>wie vielfältig das Angebot an Zwischenmahlzeiten ist (Joghurt, Obst, Kuchen usw.)</li> <li>wie frei die Bewohnerin darin ist, eigene alkoholische Getränke genießen zu dürfen</li> </ul>
		5	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ich habe in der Wohneinrichtung jederzeit die Möglichkeit, mich mit der Bewohnerin ungestört unterhalten zu können.</li> <li>Wenn ich mit dem Wohnbeirat in Kontakt treten möchte, ist das völlig unkompliziert möglich.</li> <li>Ich fühle mich jederzeit gut über wichtige Dinge, die die Bewohnerin betreffen, informiert. [Hinweis: bestimmte Informationen darf die Wohneinrichtung nur an gesetzliche Betreuer geben.]</li> </ul>
		7	<ul style="list-style-type: none"> <li>wie die Bewohnerin dabei unterstützt wird, Kontakte zu anderen Bewohnerinnen aufzubauen</li> <li>wie die Bewohnerin dabei unterstützt wird, an Aktivitäten im Stadtteil teilnehmen zu können</li> <li>wie die Bewohnerin dabei unterstützt wird, ihren Glauben und ihre Spiritualität auszuüben (z. B. Andachten im Haus, Besuch von Gottesdiensten)</li> </ul>
	Respektvoller Umgang	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>Das Personal hat für meine Wünsche oder Bitten jederzeit ein offenes Ohr.</li> <li>Das Personal hat für die Wünsche oder Bitten der Bewohnerin jederzeit ein offenes Ohr.</li> <li>Der Umgangston des Personals mir gegenüber ist jederzeit wertschätzend.</li> <li>Der Umgangston des Personals der Bewohnerin und anderen Bewohnerinnen gegenüber ist meinem Eindruck nach jederzeit wertschätzend.</li> </ul>
		8	<ul style="list-style-type: none"> <li>Das Personal geht mit dem Eigentum der Bewohnerin jederzeit sorgsam um (z. B. Kleidung, Schmuck, Prothesen, Hörgeräte usw.).</li> </ul>
	Sicherheit	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>wie die Privatsphäre der Bewohnerin gewahrt wird (z. B. vor Betreten des Wohnraumes anzuklopfen usw.)</li> <li>wie die Intimsphäre der Bewohnerin gewahrt wird (z. B. bei Toilettengängen die Türen zu schließen usw.)</li> <li>wie lange es dauert, bis Pflegende üblicherweise auf einen Ruf (mündlich, per Glocke etc.) reagieren</li> <li>wie die Pflegenden für die Bewohnerin in Notfällen erreichbar sind</li> <li>wie gut die Einrichtung mit einer Erkrankung der Bewohnerin umgeht (z. B. rechtzeitiges Hinzuziehen einer Ärztin, pflegerische Maßnahmen, Information des gesetzlichen Betreuers usw.)</li> <li>wie umfassend die körperliche Gesundheit geschützt wird (z. B. Vorbeugung von Druckgeschwüren, Gelenkversteifung, Lungenentzündungen usw.)</li> <li>wie das emotionale Wohlbefinden der Bewohnerin gefördert wird (z. B. wie sicher sich die Bewohnerin fühlt)</li> </ul>

TEILKONSTRUKT	DIMENSION	KAPITEL IM FRAGEBOGEN	MERKMAL
Bedürfnisse und Gesundheit	Essen und Trinken	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• wie vielfältig die Auswahl an Speisen ist</li> <li>• wie gut die Speisen der Bewohnerin schmecken</li> <li>• wie ausgewogen die Nahrungsmittel sind</li> <li>• wie vielfältig die Auswahl an frei verfügbaren Getränken ist</li> </ul>
	Fachspezifische Versorgung	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• wie umfassend die Beratungsleistungen zu gesundheitlichen Fragen der Bewohnerin sind</li> </ul>
		7	<ul style="list-style-type: none"> <li>• wie das Personal die Bewohnerin dabei unterstützt, Termine bei Therapeutinnen oder Ärztinnen außerhalb der Einrichtung wahrnehmen zu können</li> <li>• wie sehr sich das Personal darum bemüht, dass ggf. benötigte Hilfsmittel der Bewohnerin funktionstüchtig sind (z. B. Brillen, Hörgeräte, Rollstühle, Prothesen). [Hinweis: Die Einrichtung ist dafür in vielen Fällen nicht verantwortlich, kann aber beispielsweise eine Wartung veranlassen oder jeweils Zuständige informieren]</li> </ul>
	Personal	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• wie sehr sich das mir bekannte Personal insgesamt engagiert</li> </ul>
		5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Personal geht mit meinen kritischen Rückfragen/Anmerkungen stets konstruktiv um.</li> <li>• Wenn ich mit einer Leitungsperson (z. B. Pflegedienstleitung, Wohnbereichsleitung) ausführlicher sprechen möchte, bekomme ich zeitnah einen Termin.</li> <li>• Ich kann stets darauf vertrauen, dass Absprachen zwischen mir und dem Personal eingehalten werden.</li> <li>• Das Personal informiert sich meinem Eindruck nach sehr gut untereinander über die Bewohnerin.</li> </ul>
		8	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Personal zeigt im Großen und Ganzen ein hohes Einfühlungsvermögen.</li> <li>• Es gibt kaum Wechsel beim Stammpersonal, das die Bewohnerin versorgt.</li> <li>• Es gibt verlässlich eine Hauptansprechpartnerin für die Bewohnerin und mich (sog. Bezugspflegekraft).</li> <li>• Meinem Eindruck nach geht das Personal mit verwirrten Bewohnerinnen der Wohneinrichtung jederzeit respektvoll um.</li> <li>• Das Personal achtet stets auf die eigene Körperhygiene.</li> </ul>
Wohnen	Wohnen	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Sauberkeit der Nassräume ist einwandfrei.</li> <li>• Die Sauberkeit des Geschirrs (Teller, Besteck, Trinkgefäße etc.) ist einwandfrei.</li> <li>• Die Ordnung in den Gemeinschaftsräumen ist so, dass sich die Bewohnerin dort voll und ganz wohlfühlt.</li> <li>• Die Wohnatmosphäre der Gemeinschaftsräume ist sehr angenehm.</li> <li>• Die Reinigung der persönlichen Kleidung ist einwandfrei.</li> <li>• Die Versorgung der Bewohnerin mit sauberer Wäsche ist einwandfrei.</li> </ul>

Quelle: Eigene Darstellung.

TABELLE 2 Itemzuordnung zu den übergeordneten Dimensionen (Revisionsfassung von 2023)

TEILKONSTRUKT	QUALITÄTS-DIMENSION	KAPITEL IM FRAGEBOGEN	FRAGE
Autonomie und Würde	Selbstbestimmung und Selbstständigkeit	Alltagsleben	<ul style="list-style-type: none"> <li>• wie vielfältig die Angebote der Wohneinrichtung für die Bewohnerin sind (Beschäftigung, Ausflüge, Feiern usw.)</li> <li>• wie stark sich die Angebote der Wohneinrichtung nach den individuellen Wünschen und Fähigkeiten der Bewohnerin richten (Beschäftigung, Ausflüge, Feiern usw.)</li> <li>• wie gut die Bewohnerin dabei unterstützt wird, dass sie an sozialen, kulturellen oder religiösen Ereignissen teilhaben kann</li> <li>• wie stark die Bewohnerin in alltägliche Abläufe und Aktivitäten (z. B. hauswirtschaftliche Tätigkeiten) einbezogen wird</li> </ul>
	Respektvoller Umgang	Versorgung durch das Personal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• wie wertschätzend sich das Personal verhält</li> <li>• wie das Personal auf Bitten und Wünsche eingeht</li> <li>• wie die Privatsphäre der Bewohnerin gewahrt wird (z. B. anklopfen, Türen schließen usw.)</li> </ul>
	Sicherheit		<ul style="list-style-type: none"> <li>• wie gut auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Bewohnerin geachtet wird</li> <li>• wie schnell und einfach die Bewohnerin Unterstützung oder Hilfe erhält, wenn sie diese benötigt</li> </ul>
Bedürfnisse und Gesundheit	Fachspezifische Versorgung	Personal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• wie sehr sich das Personal bemüht, dass ggf. benötigte Hilfsmittel der Bewohnerin funktionstüchtig sind (z. B. Brillen, Hörgeräte, Rollstühle, Prothesen) [Hinweis: Die Wohneinrichtung ist dafür in vielen Fällen nicht verantwortlich, kann aber beispielsweise eine Wartung oder Reparatur veranlassen oder jeweils Zuständige informieren.]</li> </ul>
	Personal		<ul style="list-style-type: none"> <li>• wie reibungslos das Personal arbeitet</li> <li>• wie respektvoll das Personal mit verwirrten Bewohnerinnen umgeht</li> <li>• wie verlässlich Absprachen mit dem Personal sind</li> <li>• wie beständig das Stammpersonal ist, das die Bewohnerin versorgt</li> <li>• wie verlässlich eine Haupt-Ansprechpartnerin unter den Pflegefachkräften (sog. Bezugspflegekraft) für die Bewohnerin und mich ansprechbar ist</li> <li>• wie einfühlsam das Personal ist</li> <li>• wie sehr sich das mir bekannte Personal insgesamt engagiert</li> </ul>
Wohnen	Essen und Trinken	Wohnen und Hauswirtschaft, Speise- und Getränkeangebot	<ul style="list-style-type: none"> <li>• wie vielfältig die Auswahl an Speisen und Getränken ist</li> <li>• wie gut die Speisen der Bewohnerin schmecken</li> <li>• dass die Bewohnerin stets ausreichend mit Essen und Trinken versorgt wird</li> </ul>
	Wohnen und Hygiene		<ul style="list-style-type: none"> <li>• wie für Sauberkeit und Hygiene gesorgt wird</li> <li>• wie angenehm die Atmosphäre der Wohneinrichtung ist</li> </ul>

Quelle: Eigene Darstellung.



| BertelsmannStiftung

## 3 Methoden der Analyse

---

Nicht nur die Entwicklung des Fragebogens und der Einbezug von als relevant eingeschätzten Aspekten, sondern auch die Skalierungen der Antworten sind entscheidend dafür, welche Art der Auswertung generell möglich wird. Die Qualität der Daten, das methodische Niveau der Daten sowie die angewendeten Analysemethoden müssen beachtet werden, um fehlerhafte Ergebnisse oder Interpretationsfehler zu vermeiden.

Alle Fragen des entwickelten Fragebogens sind sogenannte Single-Choice-Fragen. Die Ausfüllenden dürfen für jede Frage bzw. jedes Item nur eine Angabe vornehmen. Die in dem Fragebogen gewählten Antwortdimensionen stellen eine Äquidistanz (Raab-Steiner und Benesch, 2008) zwischen den Antwortpolen her. Es wurden unterschiedliche Kategorien an Antwortdimensionen gewählt. Darunter fallen „Erwartungen wurden übertroffen – Erwartungen wurden erreicht – Erwartungen wurden teilweise erreicht – Erwartungen wurden nicht erreicht“ sowie die Zustimmung zu Aussagen, die in vier Ausprägungen zwischen den Polen „stimme voll zu“ und „stimme gar nicht zu“ angegeben werden kann. Diese Antwortskalierungen stellen auf der Ebene des Datenniveaus ordinale Skalierungen dar, die durch eine Rangordnung zwischen den einzelnen Antwortdimensionen gekennzeichnet sind, die Abstände zwischen den Dimensionen jedoch nicht exakt bestimmen lassen (Bortz, 2005). Dementsprechend sind zwei Arten von Auswertungsmethoden zulässig. Zum einen die reine Beschreibung, Auszählung (Deskription) der Daten mit den entsprechenden Streuungsmaßen und Kennzahlen der zentralen Tendenzen für ordinale Daten (Median, Modus). Zum anderen jene statistischen Analysen, deren Auswertungen auf den Ranginformationen der Daten beruhen (a. a. O.).

Das grundsätzliche Verfahren der Auswertung folgt der Logik einer relationalen Bewertung einer Stichprobe, also der Bewertung in einer Kategorie bzw. einem Item vor dem Hintergrund der Bewertungen in der Stichprobe (in der Einrichtung bzw. in der Gesamtstichprobe). Damit stellen die Daten den aktuellen Ausschnitt der Bewertung einer Gruppe dar. Wird die Befragung ein Jahr später wiederholt, so antworten ggf. andere Personen und es wird eine andere Stichprobengröße „n“ erzielt. Veränderungen, die erhoben werden, stellen in diesem Falle keine gemessene Veränderung der Qualität an sich dar, sondern die aktualisierte Bewertung in der neuen Gruppe. Es lassen sich somit keine Längsschnittdaten mit belegbaren Entwicklungen erfassen oder darlegen, da die untersuchte Stichprobe der Angehörigen sehr wahrscheinlich eine andere ist und es sich bei dem Fragebogen eben nicht um ein Mess-, sondern um ein Einschätzungsinstrument handelt. Dennoch sind die Erhebungsergebnisse im Zeitverlauf ein Beleg dafür, wie die Qualität durch die Angehörige in der jeweiligen Befragung wahrgenommen wurde. Diese Einschätzungen stellen in ihrer Gesamtheit demnach ein Indiz dafür dar, wie sich die Versorgungsqualität entwickelte.

Empfohlen wird, die Angaben aus den einzelnen Fragebögen zu den jeweiligen Items einrichtungsbezogen auszuzählen und zu addieren. Zudem sollte dies auch für die gesamte Stichprobe durchgeführt werden, um ein Benchmark zu schaffen. So kann z. B. ermittelt werden, wie groß der Umfang in der Stichprobe insgesamt ist, die auf eine bestimmte Frage besonders positive Einschätzungen („Erwartungen wurden übertroffen“) erzielt haben. Dasselbe kann im Hinblick auf besonders negative Einschätzungen („Erwartungen wurden nicht erfüllt“) vorgenommen werden. Für die jeweilige Einrichtung kann dann jeweils ausgedrückt werden, wie sie von der Gesamtstichprobe abweicht.

TABELLE 3 Auswertungsmuster Gegenüberstellung kumulierter Häufigkeitsverteilungen

ANTWORTDIMENSION	EINRICHTUNG A	EINRICHTUNG B
Erwartungen wurden übertroffen	5 (12,5 %)	20 (16,66 %)
Erwartungen wurden erfüllt	15 (37,5 %)	70 (58,3 %)
Erwartungen wurden teilweise erfüllt	15 (37,5 %)	20 (16,66 %)
Erwartungen wurden nicht erfüllt	5 (12,5 %)	10 (8,3 %)
<b>Summen</b>	<b>n=40</b>	<b>n=120</b>

Quelle: Eigene Darstellung.



BertelsmannStiftung

Die Kumulation der einzelnen Angaben führt dazu, dass auch die Angaben der unterschiedlichen Antwortskalierungen (s.o.) zusammengefasst werden. Es sind stets vierstufige Skalen, die sich aber in der semantischen Zuordnung unterscheiden. Sie werden jedoch als äquivalent angesehen. Ziel des Fragebogens ist es, Exzellenz ausweisen zu können, indem danach gefragt wird, ob Erwartungen übertroffen werden konnten. Dies wird auch bei den Fragen mit den Antwortkategorien „stimme voll zu“ bis „stimme gar nicht zu“ erreicht, indem die einzuschätzenden Aussagen so formuliert wurden, dass sie eine Exzellenzaussage darstellen. So beispielsweise das folgende Item zur Kommunikation der Einrichtung:

*„Das Personal hat für meine Wünschen und Bitten jederzeit ein offenes Ohr.“*

Es wird vermutlich in der Praxis selten sein, dass Angehörige dieser Aussage voll zustimmen können, wenn es unter den einbezogenen Einrichtungen viele mit Personalmangel gibt. Dennoch ist es möglich, dass Angehörige solche Erfahrungen machen. Mit Begriffen wie „jederzeit“ und „stets“ werden die einzuschätzenden Aussagen zu Exzellenzaussagen gebildet. Dadurch ist es inhaltlich korrekt, von einer Äquivalenz der unterschiedlichen Antwortdimensionen auszugehen, da sie gleich skaliert und wie beschrieben inhaltlich gleich ausgerichtet sind.

Mit der revidierten Fassung des Fragebogens konnte auf die Antwortskala „Zustimmung“ vollständig verzichtet werden.

Ebenso muss der Stichprobenumfang (die Stichprobengröße „n“) summiert werden. Es handelt sich dabei

um die Anzahl der je Einrichtung ausgefüllten Fragebögen bzw. der beantworteten Fragen. Zudem muss die Gesamtstichprobengröße, also die Anzahl aller ausgefüllten Fragebögen aller Einrichtungen, ermittelt werden. Daher besteht die Notwendigkeit, dass nicht ausschließlich mit Prozentwerten gearbeitet wird, sondern auch die absoluten Zahlen in der Auswertung sichtbar gemacht werden.

Die errechneten kumulierten Häufigkeitsverteilungen ermöglichen die Ausweisung der Antworttendenzen der Angehörigen der Einrichtungen insgesamt sowie der jeweils einzelnen Einrichtungen.

Um einen Vergleich mit den Ergebnissen anderer Einrichtungen, bei denen ggf. mehr oder weniger Angehörige den Fragebogen ausfüllten, zu ermöglichen und ebenso den Vergleich mit dem Kollektiv aller Einrichtungen anzustellen, sollten die kumulierten Häufigkeitsverteilungen in Prozentwerten angegeben werden. Hierzu ein konstruiertes Beispiel aus dem Fragebogen:

Es wurde die Frage gestellt „Meine Erwartungen, bezogen darauf, wie die Intimsphäre meiner Angehörigen gewahrt wird, wurden ...“. Die Antwortmöglichkeiten sind „übertroffen“, „erfüllt“, „teilweise erfüllt“ und „nicht erfüllt“. In der Einrichtung A haben 40 Angehörige den Fragebogen ausgefüllt zurück gesendet (Prozentlast je Teilnehmer: 2,5). In der größeren Einrichtung B sind es 120 zurück gesendete Fragebögen (Prozentlast je Teilnehmer: 0,83). Die vorgenommenen Angaben zu der Frage verteilen sich, wie in der Tabelle 3 angegeben.

TABELLE 4 Kumulierte Häufigkeitsverteilung in einer Dimension

FRAGEN EINER DIMENSION	ANTWORTDIMENSION					Summe
	Erwartungen wurden übertroffen	Erwartungen wurden erfüllt	Erwartungen wurden teilweise erfüllt	Erwartungen wurden nicht erfüllt	Keine Angaben	
Frage A)	5	15	15	5	0	40
Frage B)	10	15	5	5	5	40
Frage C)	12	8	5	15	0	40
<b>Summe</b>	<b>27 (22,5 %)</b>	<b>38 (31,6 %)</b>	<b>25 (20,8 %)</b>	<b>25 (20,8 %)</b>	<b>5 (4,2 %)</b>	<b>120 (100 %)</b>

Quelle: Eigene Darstellung.

WEISSE  
LISTE

| BertelsmannStiftung

In der Tabelle 3 stehen die absoluten Werte an erster Stelle, dahinter ist in den Klammern der Prozentwert angegeben. Durch die Überführung der kumulierten Häufigkeitsverteilungen in Prozentwerte können die Anteile der Antworttendenzen der jeweiligen Einrichtungen zu den einzelnen Fragen gegenübergestellt werden, ohne dass dafür gleich große Stichprobengrößen benötigt werden. Die Ausweisung der Stichprobengröße ist an dieser Stelle bedeutsam, um die Ermittlung der Prozentwerte transparent zu halten und die Aussagekraft der Befragung einschätzen zu können. Es wird empfohlen, die Qualitätseinschätzung einer Einrichtung erst dann für Vergleiche zu nutzen, wenn auch mindestens 25 Prozent der Fragebögen (jedoch mindestens 5 Fragebögen) zu der betreffenden Einrichtung auswertbar sind. Geringere Stichprobengrößen würden die Wahrscheinlichkeit einer Verzerrung erhöhen (siehe Erläuterungen oben).

Um jenseits der Einzelergebnisse ein umfassendes Bild über die Verteilung der Einschätzungen zu erhalten, stehen zwei methodische Optionen zur Verfügung. Zum einen sollen die Antworthäufigkeiten zu den einzelnen Fragen der jeweiligen Qualitätsdimensionen zusammengefasst werden. Die empfohlene Vorgehensweise hierbei ist, die Antworttendenzen zu den einzelnen Items einer Dimension mittels einer Kreuztabelle zu kumulieren und im Verhältnis zu der Anzahl aller angegebenen Antworten zu stellen. Diese Auswertung – ggf. gestützt von einer grafischen Aufbereitung – ermöglicht eine methodisch zulässige Aggregation, um einen Überblick über die Ergebnisse zu erhalten und eine zielgerichtete Vertiefung in die

Vielzahl von Einzelergebnissen zu ermöglichen. Das ist insbesondere für die Veröffentlichung und Nutzung durch Laien geboten, um die Vielzahl der Informationen handhabbar zu machen, ermöglicht aber auch den Einrichtungen eine zielorientierte Analyse. Diese Auswertung wird in der nachstehenden Tabelle 3 mit fiktiven Zahlen exemplarisch dargestellt.

Die Zeilen der Tabelle 4 entsprechen den jeweiligen Fragen der gewählten Dimension. In den Spalten sind die Häufigkeiten der jeweils angegebenen Antwortkategorien für die entsprechende Frage aufgeführt. Die letzte Zeile enthält die Summen der Angaben zu den jeweiligen Antwortkategorien und ist für die Einschätzung der Qualitätsdimension entscheidend. Die Prozentwerte in den Klammern drücken dabei das Verhältnis zwischen der Häufigkeit der angegebenen Antwortkategorie über alle aufgeführten Fragen und der Summe der in allen Fragen vorgenommenen Angaben aus.

Dem Beispiel folgend, kann zu der gewählten und aus den Fragen A), B) und C) bestehenden Dimension gesagt werden, dass 22,5 Prozent der vorgenommenen Angaben auf die Antwort „Erwartungen wurden übertroffen“ fallen. Oder auch, dass insgesamt 54,1 Prozent der vorgenommenen Angaben aussagen, dass die Erwartungen bezogen auf die gewählte Dimension erfüllt oder sogar übertroffen wurden. Es ist von hoher Bedeutung, dass in der Bewertung der Dimensionen auf das Antwortverhalten der Befragten verwiesen wird und nicht auf die Befragten selbst. So wäre es in dem Beispiel falsch zu interpretieren, dass 54,1 Prozent der Befragten angegeben hätten, dass

TABELLE 5 Vergleich einzelner Einrichtungen am Kollektiv

BENCHMARK DER ANGABEN ZU „ERWARTUNGEN WURDEN ÜBERTROFFEN“				
DIMENSION	Gesamtkollektiv n=12.244	Einrichtung X) n=72	positive Abweichung in Prozentpunkten	negative Abweichung in Prozentpunkten
Dimension A)	21 %	25 %	4	
Dimension B)	32 %	16 %		16
Dimension C)	8 %	12 %	4	
Dimension D)	15 %	5 %		10
Dimension E)	45 %	22 %		23

Quelle: Eigene Darstellung.



| BertelsmannStiftung

ihre Erwartungen erfüllt bzw. übertroffen wurden. Es sind 54,1 Prozent der Angaben, nicht der Befragten, denn die Summe der Angaben in der Dimension ist dreimal größer als die eigentliche Stichprobengröße.

Die zweite methodische Option ist die Ermittlung und Ausweisung zentraler Streuungsmaße. Diese ermöglicht die Verteilung der vorgenommenen Angaben darzustellen und aufzuzeigen, in welchen Wertebereichen sich die am häufigsten vorgenommenen Angaben befinden. Zusätzlich helfen solche Streuungsmaße, einzelne Werte in einen Bezug zu der Verteilung der Gesamtergebnisse zu setzen. In der Regel wird als zentrales Maß das arithmetische Mittel (oder der Mittelwert bzw. umgangssprachlich Durchschnittswert) angegeben. Dies setzt jedoch ein mindestens kardinalskaliertes Datenniveau voraus (Bortz und Döring, 1995), das jedoch in dem Fragebogen nicht gegeben ist (von demografischen Daten wie dem Alter abgesehen). Aufgrund der Merkmalsausprägungen (die Anzahl der Antwortmöglichkeiten) ist die Ausweisung des Medians zwar zulässig, jedoch ist der Informationsgewinn gering. Die Darstellung der Antwortverteilungen in Prozent ist im Falle des erstellten Fragebogens angemessen sowie ausreichend, um die Verteilung der vorgenommenen Angaben korrekt und nachvollziehbar auszuweisen. Gegebenenfalls kann hier die Darstellung des häufigsten angegebenen Wertes (Modus) ergänzend benannt werden.

Weitere testtheoretische Analysen (und komplexe Modellberechnungen) werden nicht empfohlen, da sie für das Prüfen von Hypothesen entworfen sind.

Für etwaige Subgruppenanalysen ist es zulässig nicht-parametrische, verteilungsfreie Verfahren, die auf Ranginformationen basieren, einzusetzen. So lassen sich in erweiterten statistischen Analysen beispielsweise Kendalls Tau oder Spearmans Rho einsetzen, um Zusammenhänge zu prüfen, oder der Whitney-Mann-U-Test, um Unterschiedshypothesen zu prüfen (Bortz, 2005). Grundsätzlich handelt es sich dabei um hypothesentestende Verfahren, die Signifikanzwerte ausweisen, die allerdings nichtwissenschaftliche Leser eher verwirren, als dass sie zu einem höheren Grad der Informiertheit führen.

Aufgrund des formativen Charakters des Konstruktes der stationären Versorgungsqualität ist die Summierung von Punktwerten und Darstellung von arithmetischen Mittelwerten unzulässig. Dies liegt darin begründet, dass der entwickelte Fragebogen kein Messinstrument darstellt. Zwischen dem Auszählen von Angaben und dem Messen von Merkmalen besteht ein bedeutsamer Unterschied. Letzteres stellt die Zuordnung von Zahlen zu einem Merkmal dar, die die Relationen eines Merkmals zwischen den Merkmalsträgern abbilden sollen (Wittmann und Grunau, 2009). In anderen Worten liegt der Unterschied darin begründet, dass mit den Ergebnissen des einzusetzenden Fragebogens nicht gesagt werden kann, um wie viel besser oder schlechter eine Einrichtung tatsächlich in ihrer Versorgungsleistung ist. Mit den im Fragebogen erhobenen Daten lässt sich darstellen, wie häufig die Befragten bestimmte Fragen positiv, neutral oder negativ bewertet haben. Eine exakte Abstufung der Versorgungsqualität ist dadurch nicht möglich. Jedoch lassen sich so von den Angehörigen



wahrgenommene Stärken und Schwächen einer Einrichtung darstellen. Darüber hinaus kann im Vergleich der Einrichtungen untereinander sowie im Vergleich einzelner Einrichtungen mit der Gesamtheit aller Einrichtungen ausgesagt werden, welche Einrichtung den Einschätzungen der Angehörigen zufolge in einer Rangfolge besser bzw. schlechter ist.

Um die eingeschätzte Versorgungsqualität in einen Kontext setzen zu können, wird empfohlen die Ergebnisse der Dimensionen einer Einrichtung mit den Ergebnissen der Dimensionen aller Einrichtungen abzugleichen. Die kumulierten Häufigkeiten aller vorgenommenen Angaben zu den jeweiligen Dimensionen geben den aktuellen Benchmark wieder, wie die Versorgungsqualität der stationären Langzeitpflegeeinrichtungen des Landes wahrgenommen wird. Daran lassen sich die Ergebnisse der einzelnen Einrichtungen abgleichen, um einschätzen zu können, wo die Versorgungsleistungen über, gleich oder unter der Leistungsqualität aller Einrichtungen liegen und wie stark die Abweichungen tatsächlich sind. Dies soll in der Tabelle 5 exemplarisch dargestellt werden.

Die Zeilen der Tabelle 5 stehen für die jeweilige Dimension des Fragebogens. Die erste Spalte steht für die kumulierten Häufigkeitsverteilungen der Dimensionen für alle eingeschätzten Einrichtungen, die zweite Spalte für die Antwortverteilungen einer einzelnen Einrichtung, die am Kollektiv verglichen werden soll. Dabei wurden nur die Angaben für die Antwortdimension „Erwartungen wurden übertroffen“ berücksichtigt. Die dritte und vierte Spalte weist die Abweichung der einzelnen Einrichtung im Abgleich zu dem Benchmark in die positive bzw. negative Richtung aus.

Im Fall dieses Beispiels würde sich zeigen, dass die Einrichtung in den Dimensionen A) und C) etwas häufiger die Einschätzung erhalten hat, dass die Erwartungen der Angehörigen übertroffen wurden. In den Dimensionen B), D) und E) wurden diese Angaben anteilig deutlich seltener gemacht.

Wir empfehlen den Abgleich der kumulierten Häufigkeitsverteilungen zu den Antwortkategorien „Erwartungen wurden übertroffen“ bzw. äquivalent „stimme voll zu“ an den Gesamtergebnissen aller Einrichtungen als positiven Benchmark sowie zu „Erwartungen wurden nicht erfüllt“ bzw. äquivalent „stimme gar nicht zu“ als negativen Benchmark. Dadurch lassen

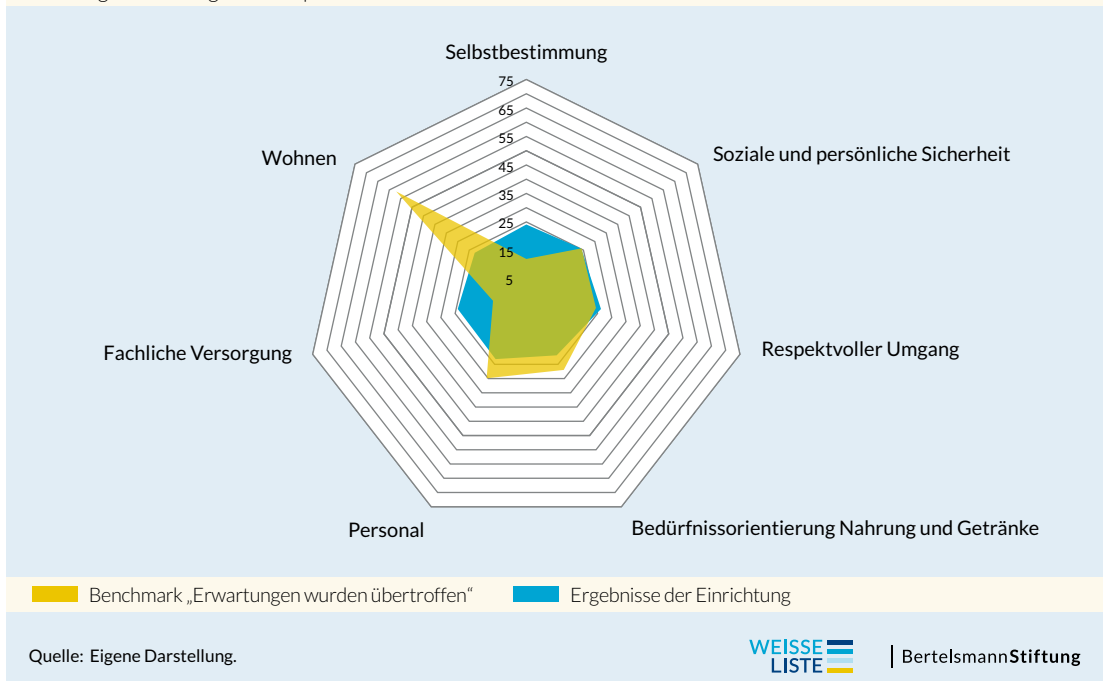
sich die einzelnen Einrichtungen sowohl am positiven wie am negativen Benchmark vergleichen und geben einen Eindruck davon, wie stark sich die jeweilige Einrichtung vom Kollektiv positiv oder negativ abhebt. Jeweils positive Abweichungen der Häufigkeiten können dann im Falle des Abgleichs mit dem positiven Benchmark als „Stärke einer Einrichtung“ bzw. beim Abgleich mit dem negativen Benchmark als „Schwäche der Einrichtung“ aus Angehörigersicht interpretiert werden.

Der Fragenblock nach den kritischen Ereignissen wird ebenso deskriptiv ausgewertet wie auch die anderen Fragen. Jedoch werden hier keine Qualitätsdimensionen gebildet. Die Auswertung muss auf der Ebene der Einzelfragen verbleiben. Die daraus resultierenden Ergebnisse sind nicht für die Veröffentlichung gedacht, sondern sollen Hinweise für die Aufsichtsbehörden liefern, ob bestimmte Einrichtungen zu einem Gespräch gebeten werden sollten oder sogar eine eingehende Überprüfung der Einrichtung vor Ort notwendig erscheint.

## 4 Darstellung der Ergebnisse

ABBILDUNG 1 Darstellungsmuster Polardiagramm zum Vergleich zweier Datensätze in einer Antwortkategorie

Einzelergebnis im Abgleich zum positiven Benchmark



### 4.1 Optionen zur Ergebnisdarstellung

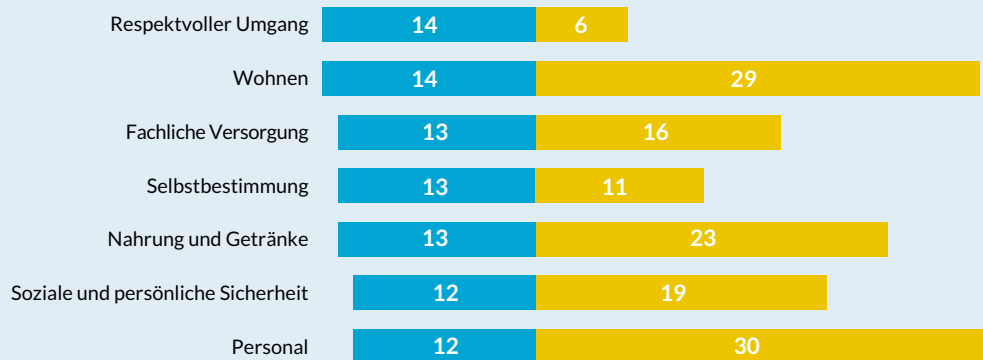
Es bestehen unterschiedliche Optionen, die Ergebnisse grafisch darzustellen und zu präsentieren. Dabei gilt es, eine Balance zwischen der Informationsdichte sowie der Anschaulichkeit der Ergebnisdarstellung zu halten. Eine Möglichkeit ist die Erläuterung der Ergebnisse in Textform. Mit ihr ist es möglich, komplexe Informationen und Zusammenhänge wiederzugeben. So können beispielsweise in kurzen – ggf. automatisiert generierten – Texten Stärken und Schwächen einer Einrichtung auf Ebene der Qualitätsdimensio-

nen beschrieben, die jeweilige Bedeutung der Qualitätsdimension erläutert und anhand besonders positiv/negativ auffälliger beispielhafter Einzelergebnisse belegt werden. Die Textform erfordert allerdings beim Leser, sich mit dem Text auseinanderzusetzen, und bietet keine schnelle Übersicht „auf einen Blick“. Textformen sollten demnach ergänzend genutzt werden, um komplexe Informationen zu erläutern.

Eine weitere Möglichkeit ist die Ergebnisdarstellung in tabellarischer Form. In einer Tabelle können die kumulierten Häufigkeiten zu den jeweiligen Dimensionen sowie auch zu den einzelnen Fragen der Di-

ABBILDUNG 2 Tornado-Diagramm zum Vergleich zweier Datensätze in einer Antwortkategorie

Vergleich „Erwartungen übertroffen“ zwischen Benchmark und Einrichtung



Ergebnisse der untersuchten Einrichtung kumulierte Häufigkeitsverteilungen

Quelle: Eigene Darstellung.

WEISSE  
LISTE

| BertelsmannStiftung

mensionen abgetragen werden und ermöglichen somit einen Überblick über die Stärken und Schwächen der Einrichtung. Einen Vergleich von Einrichtungen mittels der tabellarischen Darstellung zu ziehen, ist für den einrichtungsinternen Gebrauch sinnvoll und wird von unserer Seite aus empfohlen. Ab einer gewissen Größe der Tabelle und Anzahl von Informationen wird diese Art der Darstellung jedoch unübersichtlich. Da zudem die Zahlen in tabellarischer Darstellung häufig nicht intuitiv erfassbar sind, benötigen Tabellen eine gute Beschreibung in Textform bzw. eine Anleitung, wie diese zu lesen sind. Als Beispiel für eine reduzierte und konkrete Darstellung der kumulierten Ergebnisse im Vergleich kann hierfür Tabelle 3 angeführt werden.

Für den Abgleich von Einrichtungen zu den Ergebnissen des Gesamtkollektivs oder anderen Einrichtungen für die allgemeine Öffentlichkeit empfehlen wir die Erstellung von passenden Grafiken. Diese sind, so sie richtig gewählt und angefertigt wurden, meist intuitiv verständlich und benötigen weniger umfassende Beschreibungen als tabellarische Darstellungen. Sie sind allerdings in gedruckter Form häufig raumfordernd. Ziel der grafischen Darstellung sollte die gemeinsame Ausweisung des Benchmarks mit den Ergebnissen der jeweils einzelnen Einrichtung sein, um die individuellen Stärken und Schwächen im Abgleich zu der Allgemeinheit einordnen zu können. Ein Beispiel hierfür ist das Polardiagramm, wo die Ergebnisse in unter-

schiedlich farbigen Flächen dargestellt werden. Die Ecken in dem Diagramm stellen die Dimensionen des Fragebogens dar, durch die sich die Flächen aufspannen. Da sich die Flächen überlappen, lässt sich sehen, in welchen Dimensionen einzelne Einrichtung von der Norm abweichen, wie Abbildung 1 zeigt.

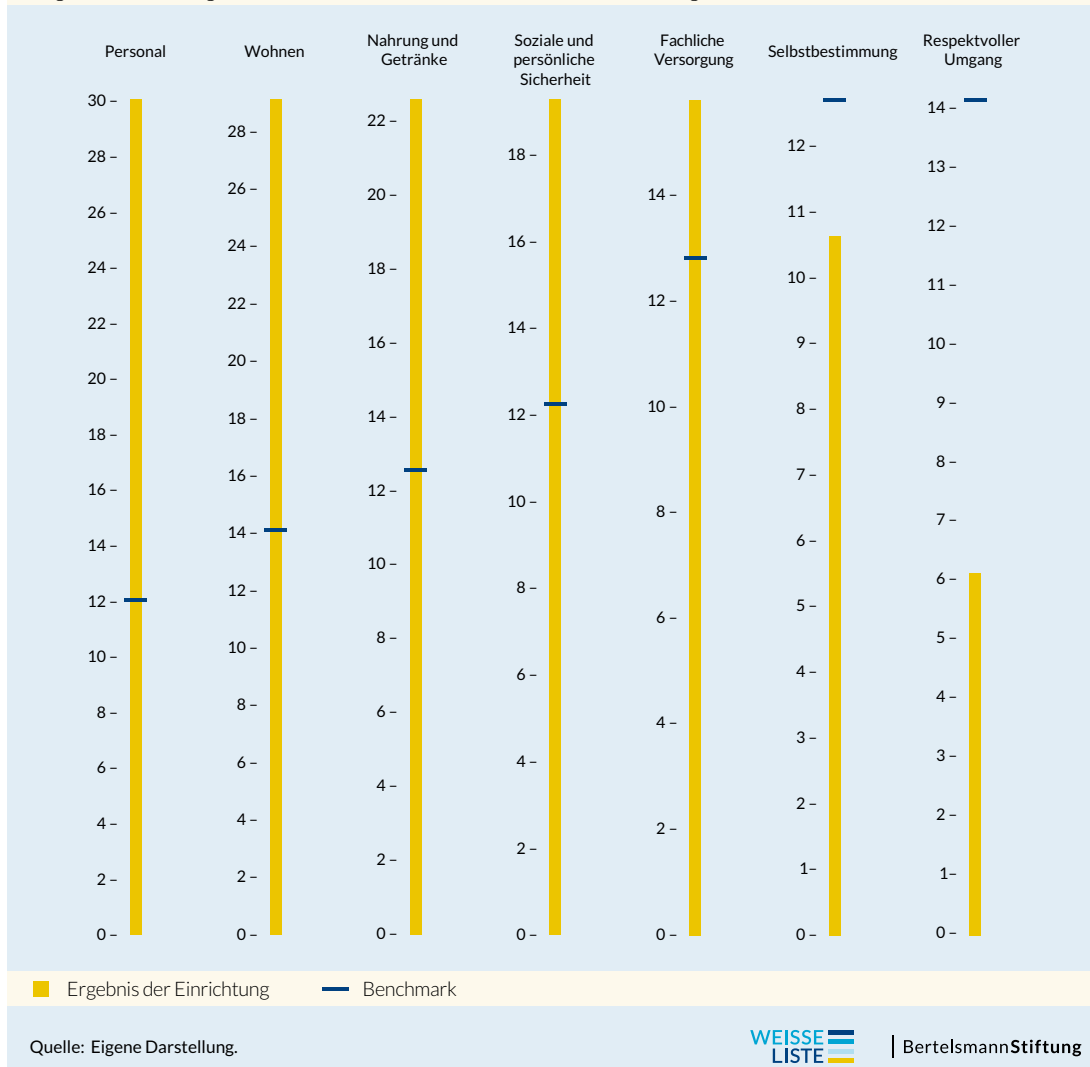
In der Abbildung kann man erkennen, dass diese fiktive Einrichtung im Bereich Wohnhygiene gegenüber dem positiven Benchmark deutlich häufiger mit der Antwortkategorie „Erwartung wurde übertroffen“ bewertet wurde. Dahingegen zeigt sich in den Dimensionen „Fachliche Versorgung“ und „Selbstbestimmung“, dass diese seltener mit der positiven Antwortkategorie bewertet wurde.

Eine andere grafische Option, um Datensätze miteinander in Bezug zu setzen, ist der Einsatz von sogenannten Tornado-Diagrammen. Es werden die Ergebnisse zu der gewählten Antwortkategorie über alle Dimensionen direkt gegenübergestellt. So lässt sich die Häufigkeiten des Gesamtkollektivs und der einzelnen Einrichtung visuell einfach erfassen, wie Abbildung 2 zeigt.

Die Abbildung zeigt auf der linken Seite die kumulierten Häufigkeitsverteilungen in den Dimensionen in der Antwortkategorie „Erwartungen übertroffen“ des Gesamtkollektivs. Auf der rechten Seite sind in gelber Farbe die fiktiven Ergebnisse einer Einrichtung dargestellt. Die Größenunterschiede sowie die Ausweisung

ABBILDUNG 3 **Bullet-Chart-Diagramm zum Vergleich zweier Datensätze in einer Antwortkategorie**

Abgleich „Erwartungen übertroffen“ zwischen Benchmark und Einrichtung



der Datenbeschriftung in Prozent ermöglichen den Rückbezug der Ergebnisse der Einrichtung zu den Gesamtergebnissen aller eingeschätzten Einrichtungen.

Ebenfalls praktisch einsetzbar ist das so genannte Bullet-Chart. Hier können wieder die Ergebnisse zweier Datensätze in Bezug zueinander dargestellt werden. Der interessante Aspekt an dieser Grafkart ist, dass in dem Bullet-Chart die Werte des Benchmarks als Zielwerte visualisiert sind, wie in der Abbildung 3 ersichtlich wird. In der Grafik sieht man die Ergebnisse der einzelnen Einrichtung pro Dimension in der Antwortkategorie „Erwartungen übertroffen“ als vertikale Balken abgetragen. Auf den Balken sind horizontale

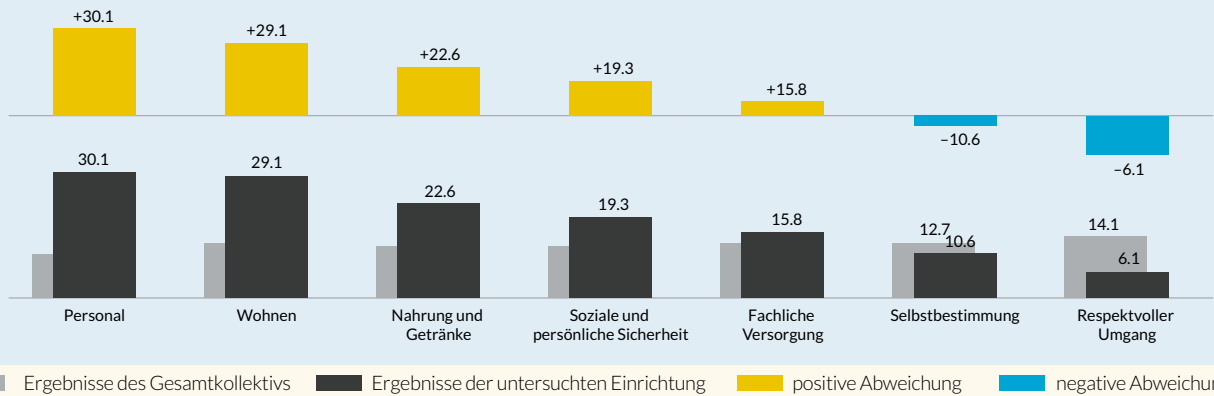
Marker zu sehen. Diese beruhen auf den Ergebnissen des Gesamtkollektivs und stellen in der Logik der Grafik die Zielwerte dar.

Eine Spezialform des Säulendiagramms dient ebenfalls der vergleichenden Darstellung von Ergebnissen, wie in der Abbildung 4 zu sehen ist.

Diese Grafik enthält drei Informationen und muss für das korrekte Verständnis für den Leser erläutert werden. Die unteren grauen Balken stellen die Ergebnisse des Gesamtkollektivs in der Antwortkategorie „Erwartungen übertroffen“ dar. Die davor gestellten schwarzen Balken visualisieren die Ergebnisse einer individuellen

ABBILDUNG 4 Darstellungsmuster mehrdimensionales Säulendiagramm zum Vergleich zweier Datensätze in einer Antwortkategorie

Abgleich „Erwartungen übertroffen“ zwischen Benchmark und Einrichtung

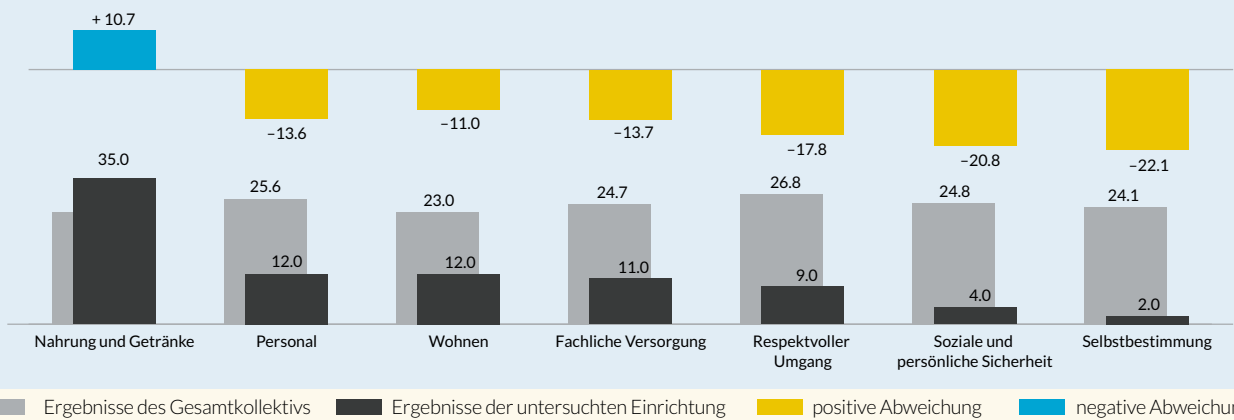


Quelle: Eigene Darstellung.

WEISSE LISTE | BertelsmannStiftung

ABBILDUNG 5 Darstellungsmuster komplementäres Säulendiagramm zu Abbildung 4

Abgleich „Erwartungen wurden nicht erfüllt“ zwischen Benchmark und Einrichtung



Quelle: Eigene Darstellung.

WEISSE LISTE | BertelsmannStiftung

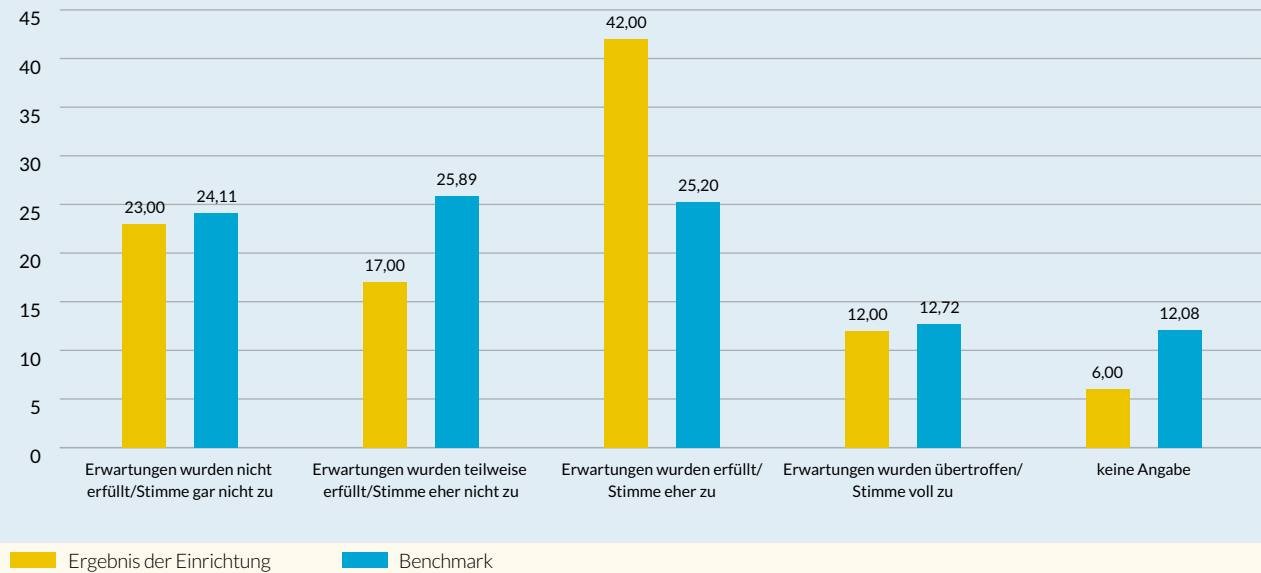
Einrichtung im Vergleich. Die darüber abgetragenen gelben und blauen Säulen visualisieren die Abweichungen der einrichtungsbezogenen Ergebnisse im Vergleich zum Gesamtkollektiv im positiven wie im negativen Sinne (die nicht zu verwechseln sind mit Stärken und Schwächen, denn dafür sind jeweils nur die quantitativ positiven Abweichungen maßgeblich, sprich die höhere Anzahl von Antworten im Vergleich zum positiven/negativen Benchmark). Diese Abweichungsbalken lassen sich auch farblich invertiert darstellen, sodass eine Abweichung im Sinne von größerer Antworthäufigkeit

blau dargestellt wird. Dies ist insofern praktisch, wenn man einen Vergleich in der Antwortkategorie „Erwartungen wurden nicht erfüllt“ darstellen möchte, dass es in dem Fall eine ungünstige Einschätzung darstellt, wenn die kumulierten Häufigkeiten in dieser Antwortkategorie größer sind als beim Benchmark. Als Beispiel hierzu soll die Abbildung 5 dienen.

In diesem Datensatz wird deutlich, dass die fiktive Einrichtung in der Dimension Nahrung und Getränke häufiger die Erwartungen der Angehörigen nicht er-

ABBILDUNG 6 Darstellungsmuster vergleichendes Säulendiagramm für den Abgleich zwischen Einrichtung und Benchmark in einer Dimension

Abgleich zwischen Einrichtungsergebnissen und Benchmark in der Dimension „Selbstbestimmung“



Quelle: Eigene Darstellung.

füllte, während sie in den anderen Dimensionen deutlich seltener Erwartungen unerfüllt lies im Vergleich zum Gesamtkollektiv.

Grundsätzlich besteht für jede Visualisierung in der Datentabelle die Möglichkeit, die Antwortkategorien und Dimensionen zu tauschen. Dadurch werden die Antwortkategorien und Benchmarks einer Dimension dargestellt. Ein Abtragen aller Dimensionen in einer Grafik ist nicht möglich, jedoch können alle Antwortkategorien innerhalb einer Dimension dargestellt und verglichen werden, wie in der Abbildung 6 verdeutlicht wird. Hier geben die gelben Balken die Ergebnisse der fiktiven Einrichtung wieder und die grauen die des Gesamtkollektivs. Diese Darstellung ist insbesondere für eine Überblicksauswertung für Einrichtungen zu empfehlen.

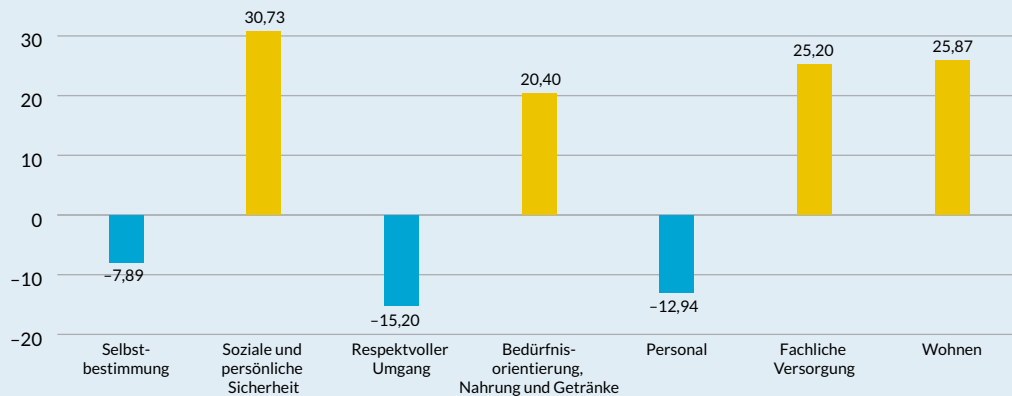
Eine Option, um die Abweichungen in den Antwortkategorien „Erwartungen wurden übertroffen“ und „Erwartungen wurden nicht erfüllt“, also dem Exzellenzbereich sowie dem schlechtesten Einschätzungsbereich, so darzustellen, dass die Stärken und Schwächen gemeinsam visualisiert werden, ist die Nutzung

von normalen Balkendiagrammen. In dem nachfolgenden Beispiel (Abbildung 7) wurden die Abweichungswerte in die positive wie negative Richtung der beiden Antwortkategorien hinterlegt.

Die gelben Balken zeigen die Abweichungen in der Häufigkeit der Angaben zu der Antwortkategorie „Erwartungen übertroffen“. Dabei werden nur jene Abweichungen visualisiert, die in der Häufigkeit über dem Benchmark liegen. Äquivalent dazu verhält es sich bei den blauen Balken. Hier wurden nur die Abweichungen in den Angaben zu der Antwortkategorie „Erwartungen wurden nicht erfüllt“ hinterlegt, die eine größere Häufigkeit vorweisen als der Benchmark. Die negativen Abweichungen, also falls eine der beiden Antwortkategorien seltener als im Benchmark angegeben wurde, sowie Nullwerte, also Einrichtungswerte, die mit der Benchmark identisch sind, werden ausgelassen. Sollte eine Einrichtung sowohl im Vergleich zum positiven als auch negativen Benchmark häufigere Antworthäufigkeiten aufweisen (zweigipflige Verteilung), so wird nur die absolut größere (positive) Abweichung ausgewiesen. So ist es möglich, die Trends in den beiden Extrembereichen

ABBILDUNG 7 Säulendiagramm zur Gegenüberstellung der Abweichungen zu den Endpolen

Gegenüberstellung Stärken und Schwächen einer Einrichtung



■ Stärke (Ausmaß, wie die Häufigkeit bei „Erwartungen wurden übertroffen“ über dem Benchmark liegt)

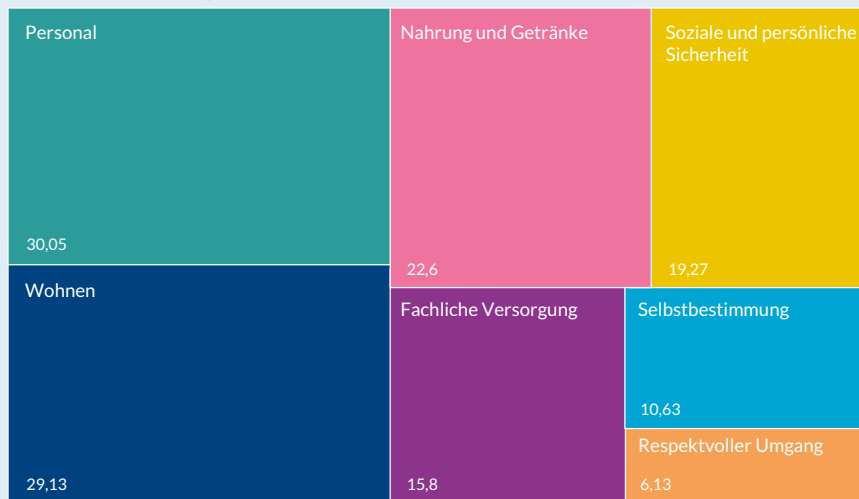
■ Schwäche (Ausmaß, wie die Häufigkeit bei „Erwartungen wurden nicht erfüllt“ über dem Benchmark liegt, dargestellt als negative Zahl)

Quelle: Eigene Darstellung.

WEISSE  
LISTE

| BertelsmannStiftung

ABBILDUNG 8 Tree-Map-Diagramm zur Darstellung von dimensionalen Verhältnissen in einer Antwortkategorie



Quelle: Eigene Darstellung.

WEISSE  
LISTE

| BertelsmannStiftung

anzuzeigen, die über den allgemeinen Einschätzungen der Angehörigen liegen. Diese Darstellungsform macht in einer kombinierten Grafik gleichzeitig Stärken und Schwächen deutlich und ist daher für eine allgemeinverständliche Veröffentlichung für Verbraucher zu empfehlen. Da eine solche für Verbraucher hilfreiche interpretierende Bezeichnungen als Stär-

ke und Schwäche aus methodologischen Gründen nicht mit einem absoluten Messwert zu verwechseln ist (vgl. Teil B, Kapitel 2.4 und 3.2 sowie Teil D, Kapitel 3), sondern vielmehr eine durch eigene Anschauung begründete Einschätzung aus Angehörigensicht darstellt, sollten diese Bezeichnung aus Perspektive der Verbraucher aber auch der Einrichtungen hinrei-

chend plausibel und belastbar sein. Wie in Kapitel 3 ausgeführt, sollten Vergleiche auf mindestens 5 auswertbaren Fragebögen beruhen. Zu empfehlen ist folglich, Stärken und Schwächen erst dann in der Darstellung für Verbraucher auszuweisen, wenn sie auf mindestens 5 Antworten bei einer Frage bzw. durchschnittlich 5 Antworten je Frage im Falle von Qualitätsdimensionen beruhen.

Als letzten Vorschlag für eine hilfreiche Visualisierung empfehlen wir den Einsatz von sogenannten Tree Maps (Kacheldiagramme). Diese sind für den Vergleich zwischen Einrichtungen und dem Benchmark nicht hilfreich. Jedoch lassen sich durch die verhältnisbezogene Flächendarstellung in anschaulicher Weise Stärken und Schwächen einer Einrichtung individuell darstellen, wie aus der Abbildung 8 ersichtlich wird.

Die Grafik zeigt, in welchen Dimensionen die individuelle Einrichtung häufiger die Einschätzung „Erwartungen übertroffen“ erhalten hat. Durch die unterschiedlich großen Flächen lässt sich direkt erfassen, in welchen Dimensionen die Einrichtung der Einschätzung der Angehörigen zufolge sehr gute Arbeit leistet.

## 4.2 Ergebnisdarstellung in der Pflegeheimsuche der Weissen Liste

Die Weisse Liste hat sich für die Darstellung der Ergebnisse der Angehörigenbefragung in ihrer Online-Pflegeheimsuche für eine geschichtete und teils aggregierte Informationsdarstellung entschieden. Für eine eingängige und verständliche Vermittlung werden evaluative Symbole, nämlich Sterne, eingesetzt. Beide Ansätze, die Informationsreduktion sowie der Einsatz evaluativer Symbole folgt Forschungserkenntnissen der Weissen Liste zur verbraucherorientierten Qualitätsdarstellung.

Mit den Sternen werden Stärken und Schwächen in einer dreistufigen Skala dargestellt. Drei Sterne bedeuten eine Stärke, ein Stern eine Schwäche und zwei „weder noch“. Bei der Weiterempfehlung bedeuten sie eine über- bzw. unterdurchschnittliche und durchschnittliche Weiterempfehlungsrate. Diese Darstellung konnte sich auch in Nutzertests der Weissen Liste in verschiedenen Alters- und Zielgruppen durchsetzen.

Die Befragungsergebnisse werden auf vier Informationsebenen dargestellt:

1. Die Weiterempfehlungsrate wird in der einrichtungsvergleichenden Ergebnisliste dargestellt.
2. Im Detailprofil einer Einrichtung werden neben der Weiterempfehlungsrate die Stärken und Schwächen in den sieben Qualitätsdimensionen dargestellt.
3. Mit Klick auf „alle Ergebnisse“ öffnet sich ein Layer, der neben der Weiterempfehlungsrate auch die beiden weiteren gesamthaften Fragen, die Ergebnisse der Qualitätsdimensionen sowie die Ergebnisse sämtlicher Einzelfragen mittels der Stärken-Schwächen-Logik und Sternen darstellt.
4. In einem weiteren Reiter werden jeweils die genauen Ergebniswerte in Form von Balkendiagrammen und Prozentangaben dargestellt.

Im Detailprofil und den tieferliegenden Informationsebenen werden die Anzahl der Befragten angegeben. Die Qualitätsdimensionen werden als „Qualitätsbereiche“ benannt und inhaltlich beispielhaft beschrieben.



ABBILDUNG 9 Screenshot Layer Detailprofil, aggregierte Darstellung, Weisse Liste Pflegeheimsuche

## Personal

Der Qualitätsbereich „Personal“ umfasst Fragen zu den Mitarbeitern, ob diese Absprachen einhalten, wie häufig es wechselt und ob die Bewohner feste Ansprechpartner haben. Dazu gehört auch, wie sehr sich das Personal engagiert und ob die Mitarbeiter ein hohes Einfühlungsvermögen haben.



## Respektvoller Umgang

Der Qualitätsbereich „Respektvoller Umgang“ meint insbesondere den Umgangston mit den Bewohnern, aber auch, ob mit dem Eigentum der Bewohner sorgsam umgegangen wird.



Quelle: Eigene Darstellung.



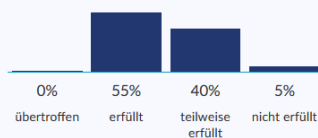
| BertelsmannStiftung

ABBILDUNG 10 Screenshot Layer Detailprofil, vollständige Darstellung, Weisse Liste Pflegeheimsuche

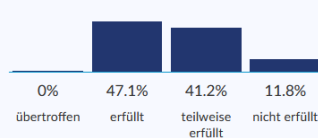
## Alltagsleben

Meine Erwartungen, bezogen darauf, ...

wie vielfältig das Beschäftigungsangebot in der Wohneinrichtung ist



wie sehr das Beschäftigungsangebot den Neigungen und Fähigkeiten der Bewohnerin entspricht



Quelle: Eigene Darstellung.



| BertelsmannStiftung

## 5 Umgang mit den individuellen Ergebnissen

Die für die Praxis relevanteste Frage bei der Qualitätseinschätzung von Außenstehenden ist, welche Bedeutung die Ergebnisse für das Handeln der Einrichtung und ihrer Mitarbeiter haben, welche Bedeutung sie für die zuständigen Aufsichtsbehörden besitzen und welche für jene Angehörigen, die sich über das Angebot der Einrichtungen informieren wollen. Hier gilt es zwischen diesen drei Perspektiven Einrichtungen, Behörden und Verbraucher zu differenzieren.

### 5.1 Perspektive der Einrichtungen

Die Einrichtungen erhalten mit den sie betreffenden individuellen Ergebnissen sowie durch den Vergleich mit dem Gesamtkollektiv eine weitere Perspektive auf die eigene Versorgungsqualität, die die regelmäßigen Qualitätssicherungsverfahren auf Bundes- und Landesebene ergänzt. Es können aus der Sicht der Angehörigen die Stärken und Schwächen der angebotenen und erbrachten Leistungen reflektiert werden. Zudem sind die Einrichtungen dank der Gesamtergebnisse aller stationären Pflegeanbieter in der Lage, die Einschätzung der eigenen Versorgungsqualität in Relation zu der allgemeinen Versorgungssituation einzuordnen. Dabei dürfen diese Ergebnisse nicht als objektive Messresultate der Pflege-/Versorgungsqualität interpretiert werden, sondern müssen als subjektive Einschätzungen von Angehörigen – als eine relevante Anspruchsgruppe und „Sprachrohr“ der Bewohner – zu bestimmten Themenkomplexen betrachtet werden.

Für die Einrichtungen sind gerade die Einzelergebnisse der Fragen aufschlussreich, um zu identifizieren, wo sie in ihrem Qualitätsmanagement die Strukturen und Prozesse der Einrichtung nachsteuern sollten. Wie aus dem zugrunde liegenden Gutachten ersichtlich wurde, wurden die im Fragebogen formulierten Items aus Studien gewonnen, in denen

die Angehörigen beschrieben haben und auch explizit benannten, was aus ihrer Perspektive die Versorgungsqualität einer Einrichtung ausmacht. Dementsprechend ist die vergleichende Auswertung der Einzelfragen der Einrichtung mit dem Benchmark ein guter Indikator, um innerbetriebliche Entwicklungen anzustoßen. Aus wissenschaftlicher Perspektive existieren keine belastbaren Grenz- oder Schwellenwerte, wann Maßnahmen ergriffen werden sollten. Eine deutliche Überschreitung des positiven Benchmarks kann als Hinweis gewertet werden, dass in diesem Bereich bereits ein hohes Qualitätsniveau erreicht wurde, oder Anstoß dafür sein, diese Stärke noch weiter auszubauen. Ähnlich verhält es sich, wenn die Einrichtung noch schlechter abschneidet als der negative Benchmark. Dies sollte als Impuls für das interne Qualitätsmanagement verstanden werden, mögliche Defizite im eingeschätzten Bereich zu identifizieren und abzubauen, sofern sie aufgrund innerbetrieblicher Aspekte hervorgerufen werden.

Wenn von den Angehörigen im Fragekomplex der „schwerwiegenden Ereignisse“ das Auftreten solcher Begebenheiten zurückgemeldet wird, ist die Einrichtung gefordert, diesen nachzugehen und ggf. akute Maßnahmen zu ergreifen. Die berufsethische Perspektive und die besondere Schutzbedürftigkeit älterer, hilfebedürftiger Menschen gebieten dabei auch die Überprüfung und Auseinandersetzung mit Einzelfällen.

### 5.2 Perspektive der Aufsichtsbehörden

Aus Perspektive der Aufsichtsbehörden stellen die Ergebnisse der Einzelfragen sowie der aggregierten Qualitätsdimensionen aus wissenschaftlicher Sicht keine belastbare Entscheidungsbasis für *unmittelbare*

behördliche Anordnungen oder Bescheide dar. Ob und inwieweit die Aufsichtsbehörde auf Grundlage der Ergebnisse beratend oder prüfend tätig wird, liegt allein in ihrem Ermessen und bedarf der Berücksichtigung der Begleitumstände, wie etwa Vorerfahrungen mit der Qualitätsentwicklung der Einrichtung. Die Ergebnisse können als Indizien oder Anlass für weitergehende eigene Untersuchungen dienen. Dafür bietet insbesondere der Fragenkomplex zu kritischen Ereignissen Anhaltspunkte. Dessen Ergebnisse werden nicht veröffentlicht, sollen jedoch speziell den Aufsichtsbehörden Hinweise bieten, ob eine gezieltere Auseinandersetzung mit der betreffenden Einrichtung angeraten ist, falls die Ergebnisse zeigen, dass eine oder mehrere der abgefragten schwerwiegenden Ereignisse vorgekommen sein sollen.

Die kritischen Ereignisse umfassen bestimmte Aspekte, deren Vermeidung/Vorbeugung ein elementares Ziel der Versorgungsleistung sein muss. Im entsprechenden Fragenblock werden die Häufigkeiten des Auftretens bestimmter kritischer Ereignisse erfragt. Die vierstufige Skala umfasst die Antwortmöglichkeiten „nie“, „einmal“, „mehrfach“ sowie „häufig“.

Die abgefragten kritischen Ergebnisse bilden zwei Arten von bedenkenswerten Vorkommnissen. Zum einen kann es sich um grobes fachliches oder sogar strafbares Fehlverhalten handeln. Dies ist bei jenen Fragen der Fall, bei denen die Verantwortung der Handlung eindeutig bzw. überwiegend bei der Einrichtung selbst und ihrem handelnden Personal liegt, also bei den Fragen:

- „Wie häufig kam es vor, dass die Bewohnerin vom Personal mit Worten grob behandelt wurde?“
- „Wie häufig kam es vor, dass die Bewohnerin vom Personal körperlich grob behandelt wurde?“
- „Wie häufig kam es vor, dass schwerwiegende Ereignisse nicht in die Pflegedokumentation aufgenommen wurden?“
- „Wie häufig kam es vor, dass Sie Mängel in der Körperpflege der Bewohnerin feststellen mussten?“

Zum anderen werden Fragen zu kritischen Ereignissen gestellt, die nicht bzw. nicht unmittelbar auf das berufliche Handeln des Personals zurückgeführt werden können, die Einrichtung aber dennoch Einfluss darauf nehmen kann, dass sich solche Ereignisse nicht zutragen. Dabei handelt es sich um folgende Fragen:

- „Wie häufig kam es vor, dass die Bewohnerin von anderen Bewohnerinnen körperlich angegriffen wurde?“
- „Wie häufig kam es vor, dass sich die Bewohnerin ungeklärte Verletzungen zugezogen hat?“

Bei der Beurteilung der Ergebnisse ist zu beachten, dass die Verlässlichkeit und Belastbarkeit von Aussagen der Angehörigen zum Auftreten der kritischen Ereignisse im Einzelfall eingeschränkt sein kann, da sowohl die Bewertung von Ereignissen, die Wahrnehmung und Empfindsamkeit sowie die tatsächliche Urteilsfähigkeit von diversen subjektiven Einflussfaktoren der Befragten abhängen. Hinzu kommt die Möglichkeit, dass Befragte fahrlässig oder vorsätzlich Falschangaben machen könnten.

Trotz aller Bemühungen vonseiten der Einrichtungen können solche kritischen Ereignisse auftreten, da sie nicht alleine von dem Wirken der Einrichtung abhängen. Daher sind mehrere Meldungen in der Antwortkategorie „einmal“ zu einem kritischen Ereignis noch kein zwingender Grund, die Wohneinrichtung umfassend überprüfen zu müssen. Andererseits kann je nach Umstand und ggf. bekannten Vorbedingungen in der Einrichtung allein bei nur einer Angabe der Antwortkategorie „einmal“ zumindest die Kommunikation der Aufsichtsbehörde mit der Einrichtung über dieses gemeldete Ergebnis geboten sein.

Es gibt aus wissenschaftlicher Sicht bislang keine fundierten statistischen Schwellenwerte oder gar „Alarmschwellen“ für bestimmte Arten des behördlichen Eingreifens – von der Beratung bis hin zu Anordnungen. Doch die Art und Häufigkeit des gemeldeten kritischen Ereignisses sowie die Häufigkeit der Meldungen je Einrichtung deuten auf die Dringlichkeit des behördlichen Eingreifens hin und ermöglichen ein abgestuftes Vorgehen. Grundsätzlich sollten gemeldete kritische Ereignisse, insbesondere wenn mehrfach das Auftreten einzelner oder einzeln das Auftreten mehrfacher Vorkommnisse gemeldet wird, aktiv bei der Einrichtung hinterfragt und versucht werden, dem Einzelfall nachzugehen.

Die zuständigen Aufsichtsbehörden erhalten also durch das Erhebungsverfahren wertvolle und konkrete Hinweise auf kritische Ereignisse, die sie im Kontext ihrer behördlichen Vorerfahrung einschätzen und in behördliches Handeln überführen müssen.

### 5.3 Perspektive der Verbraucher

Die grundlegende Idee dieser Befragungsform ist es, für die Verbraucher Angaben bereitzustellen, die ihnen eine besser informierte Entscheidung ermöglichen, als es bisher der Fall war. Dementsprechend sollten die Ergebnisse auf der Ebene der Qualitätsdimensionen sowie der Einzelfragen veröffentlicht werden. Die Verbraucher werden damit in die Lage versetzt, sich über die Abgleiche der Einschätzungen zu den Qualitätsdimensionen und den positiven wie negativen Benchmarks einen Überblick über die einzelnen Einrichtungen zu verschaffen. Die Veröffentlichung der Ergebnisse zu den Einzelfragen sorgt für die notwendige Transparenz, um zu verstehen, wie die Dimensionen konstruiert sind. Zudem können sich die Verbraucher nur so über jene Dimensionen, die sie interessieren, weiter informieren und besser abwägen, wie wichtig ihnen persönlich bestimmte Einzelaspekte für die Versorgungsqualität sind. Bezüglich der redaktionellen und grafischen Aufarbeitungen der Ergebnisse für die Verbraucher können grundsätzlich folgende Empfehlungen ausgesprochen werden.

- Um die Verbraucher nicht zu überfordern, sollten die einführenden Ergebnisdarstellungen so gestaltet werden, dass sie einen Überblick ermöglichen. Demnach sollte im Vorfeld eine Zusammenfassung der Ergebnisse stehen.
- Es ist auf eine allgemeinverständliche Sprache in den Textteilen zu achten.
- Die Möglichkeit muss gegeben sein, im Weiteren die Ergebnisse zu den Einzelfragen im Detail einzusehen.

Es erfolgt somit keine vereinfachte und verkürzte Darlegung der „besten“ oder „schlechtesten“ Einrichtungen. Die Verbraucher werden vielmehr in die Lage versetzt, die Befragungsergebnisse anhand ihrer individuellen Erwartungen und Präferenzen zu interpretieren und gemeinsam mit weiteren Qualitätskriterien für eine informierte (Wahl-)Entscheidung für eine Pflegeeinrichtung zu nutzen.

## Literatur

---

Bortz, J.: Statistik: für Human- und Sozialwissenschaftler. Springer Medizin Verlag, Heidelberg, 2005.

Bortz, J. und Döring, N.: Forschungsmethoden und Evaluation: für Sozialwissenschaftler. Springer Verlag, Berlin/Heidelberg/New York, 1995.

Raab-Steiner, E. und Benesch, M.: Der Fragebogen: Von der Forschungsidee zur SPSS-Auswertung. Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien, 2008.

Wittmann, E. und Grunau, J.: Berufsbildungs-PISA: Herausforderungen und Perspektiven im Bereich Social & Health Care. Berufsbildung 63 (119), 2009, 14–17.

# Danksagung | beteiligte Experten

Die Weisse Liste dankt allen beteiligten Projektpartnern für die Unterstützung, insbesondere der Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration der Stadt Hamburg, die das Projekt fachlich begleitet und organisatorisch unterstützt hat.

Wir danken dem Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. für die geleistete Arbeit und das hohe Engagement mit großer Expertise. Unser persönlicher Dank gilt dabei den Autoren Prof. Dr. Michael Isfort und Daniel Tucman.

Wir danken folgenden Expertinnen und Experten für Ihre konstruktive und kritische Unterstützung:

**Eckhard Cappell**

Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Stadt Hamburg

**Olaf Christen**

Sozialverband vdk Deutschland

**Wolf-Hinrich Deters**

Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Stadt Hamburg

**Dr. Lena Dorin**

Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO), heute Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB)

**Dr. Stefan Etgeton**

Bertelsmann Stiftung

**Prof. Dr. Martina Hasseler**

Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften

**Sabine Jansen**

Deutsche Alzheimergesellschaft

**Dörte Lietz<sup>1</sup>**

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (Statistikamt Nord)

**Heidi Panhorst**

Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Stadt Hamburg

**Prof. Dr. Katarina Planer<sup>1</sup>**

Fachhochschule Esslingen

**Martin Sielaff**

Hamburgische Pflegegesellschaft

**Sabine Strüder**

Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz

Wir danken zudem den Landes- und Bezirksseniorenbeiräten der Stadt Hamburg für Ihr Engagement, ihre hilfreichen Anregungen sowie für die kritische Durchsicht und Kommentierung des Fragebogens (Originalfassung).

Wir danken ebenso den interessierten Vertreterinnen und Vertretern aus den Reihen der Pflegeeinrichtungen, Betroffenenverbänden, Aufsichtsbehörden sowie der an der Qualitätssicherung beteiligten Stellen für Ihre Teilnahme an der Veranstaltung der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Stadt Hamburg zur Diskussion des Fragebogens (Originalfassung) für ihre kritischen und hilfreichen Hinweise.

<sup>1</sup> Die Expertin begleitete die Originalfassung

---

## Impressum

© Weisse Liste gemeinnützige GmbH, Gütersloh  
März 2023

DOI 10.11586/2023007

### Verantwortlich

Uwe Schwenk

### Autoren

Johannes Strotbek

Prof. Dr. Michael Isfort, Deutsches Institut  
für angewandte Pflegeforschung e. V. (DIP)

Daniel Tucman (MScN), Deutsches Institut  
für angewandte Pflegeforschung e. V. (DIP)

### Titelfoto

Juliane Werner

### Gestaltung

Nicole Meyerholz, Bielefeld

Informationen zum Projekt finden Sie im Internet auf

[www.weisse-liste.de/public-reporting-pflege](http://www.weisse-liste.de/public-reporting-pflege)



## Adresse | Kontakt

Weisse Liste gemeinnützige GmbH  
Werderscher Markt 6  
10117 Berlin  
Telefon +49 30 275788-300

Johannes Strotbek  
Senior Project Manager  
Telefon +49 30 275788-320  
Fax +49 30 275788-330  
[johannes.strotbek@weisse-liste.de](mailto:johannes.strotbek@weisse-liste.de)

[www.weisse-liste.de](http://www.weisse-liste.de)

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

[www.bertelsmann-stiftung.de](http://www.bertelsmann-stiftung.de)