



**Forschungsgesellschaft
für Gerontologie e.V.**

**Institut für Gerontologie
an der Universität Dortmund**

Qualität in Pflegeheimen

Expertise im Auftrag des
Bundesministeriums für Familie,
Senioren, Frauen und Jugend

Dr. Günter Roth

Projektleitung

Dr. Eckart Schnabel

Dortmund, Oktober 2002

1	Einführung	1
2	Instrumente der Qualitätsmessung und -sicherung	4
2.1	Hintergrund	4
2.2	Gesetzliche Instrumente in Deutschland.....	10
2.3	Ausgewählte Instrumente der Qualitätssicherung im Überblick.....	15
2.4	Die Einbeziehung der Sicht der Bewohner	23
2.5	Messung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität mithilfe von RAI	34
3	Empirische Befunde zur Pflegequalität	43
3.1	Zur Pflegequalität in Deutschland.....	44
3.1.1	Qualitätsmängel nach den Prüfungen durch MDK und Heimaufsicht	45
3.1.2	Weitere Mängel von Leistungsstrukturen und Pflegequalität	49
3.1.3	Zum Dunkelfeld schwerer Pflegemängel: Gewalt, Vernachlässigung, Dekubitus.....	56
3.1.4	Qualität und die Sicht der Klienten	62
3.2	Vertiefende internationale Analysen der Pflegequalität.....	72
3.2.1	Stationärer Sektor	73
3.2.2	Exkurs: Ambulanter Sektor	83
4	Fazit und Empfehlungen	88
4.1	Zusammenfassung.....	88
4.2	Empfehlungen in Thesenform.....	95
5	Literatur	98

1 Einführung

Angesichts verschiedener Pflegeskandale, deren Tragweite in einer dahingehenden besorgten Notiz der Vereinten Nationen zu erkennen ist,¹ besteht in Deutschland ohne Zweifel ein dringender Handlungsbedarf bei der Qualitätssicherung in der Pflege. Problematisch ist jedoch, dass hierzulande nur wenig gesicherte wissenschaftliche Informationen zum tatsächlichen Stand der Pflegequalität vorliegen, die methodisch zuverlässige Messung und Überprüfung sowie systematische Sicherung der Pflegequalität sind vergleichsweise wenig entwickelt. Es fehlen insbesondere vergleichbare großflächige, analytisch tiefgreifende und methodisch anspruchsvolle empirische Forschungen zur *„Ergebnisqualität“*, wie sie aus den USA dank der Gesetzesreformen von 1987 mit dem daraufhin flächendeckend eingeführten Resident Assessment Instrument (RAI) und dem Minimum Data Set (MDS) berichtet werden können. Ein wesentlicher Mangel in Deutschland ist, dass die in der Praxis durchaus vielfältigen einzelnen Bemühungen um Qualitätssicherung nicht methodisch kontrolliert, d.h. entsprechend wissenschaftlich evaluiert und publiziert werden. Vielmehr werden solche Konzepte ad hoc aus und für die Praxis entwickelt sowie auf einem unübersichtlichen und auch durch ökonomische Interessen beeinflussten Beratungsmarkt gehandelt, so dass eher begrenzte subjektive Erfahrungsberichte in einschlägigen Praxismagazinen denn objektive Erkenntnisse in wissenschaftlichen Organen zu finden sind.

Neben mittlerweile häufiger durchgeführten, methodisch jedoch mitunter zweifelhaften, Befragungen der Klientel mit meist sehr hohen Zufriedenheitswerten gibt es zwar einige Erkenntnisse aus den Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) und vereinzelte Ergebnisse aus neueren Forschungen zur Prävalenz sowie Inzidenz von Gewalt oder zu Dekubitus in der Pflege. Diese reichen jedoch bei weitem nicht aus, die Spannweite der Pflegequalität repräsentativ für alle Einrichtungen zuverlässig abzubilden. Bisher fand die Qualitätskontrolle von seiten des MDK überwiegend aufgrund bestimmter ‚Anlässe‘ und in kleinen Stichproben statt (vgl. BMA 1998a: 55; BT-Drs. 14/3592 vom 9.6.2000: 23 f.). Zudem bestehen hier zum Teil starke re-

¹ Der Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte der Vereinten Nationen äußerte sich am 31.8.01 (E/C. 12/1Add. 68) besorgt über Berichte des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) über schwere Pflegemängel und die ungenügende Menschenrechtssituation von Pflegeheimbewohnern in Deutschland; vgl. dazu auch die Antwort der Bundesregierung auf die kleine Anfrage der PDS (BT-Drs. 14/7398), BT-Drs. 14/7567 vom 26.11. 2001. Ein großer Teil der bekannt gewordenen Skandale und zahlreiche Presseberichte gehen auf die Arbeit des von Claus Füssele geleiteten „Münchener Forums zur Verbesserung der Situation pflegebedürftiger alter Menschen in Deutschland“ zurück.

gionale und sektorale Unterschiede. Danach muss davon ausgegangen werden, dass eine erhebliche Anzahl der Pflegeeinrichtungen seit dem Inkrafttreten des Pflege-VG nicht näher auf die Qualität der Pflege untersucht worden ist.

Ungeachtet dessen ist ein wesentlicher Mangel, dass keine dezidierte *Veröffentlichung* der Qualitätsprüfungen und regelmäßige Qualitätsberichte (für jede geprüfte Einrichtung) erfolgt, geschweige eine regelmäßige Veröffentlichung aktueller Prüfstatistiken. Dies ist vor dem Hintergrund eines zwar intendierten, jedoch nur unvollständig funktionierenden, wenig transparenten Pflegemarktes und einer systematisch schwachen Konsumentenstellung ein grundsätzlicher und schwerwiegender Mangel.² Ebenso liegen bisher kaum Berichte oder gar Forschungen zur Arbeit der verschiedenen Heimaufsichtsbehörden nach dem Heimgesetz (HeimG) vor, wengleich sowohl die Anzahl der danach durchgeführten Prüfungen als auch die darüber angestellten Berichte in jüngster Zeit zunehmen.³ Dem ist die relativ ideale Situation in den USA entgegenzuhalten, wo z.B. auch im Internet alle wesentlichen Qualitätsinformationen über alle von der Sozialversicherung (Medicare und Medicaid) zugelassenen Pflegeheime abgerufen werden können.⁴

Die aktuell verabschiedeten gesetzlichen Instrumente des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes (POsG)⁵ und das novellierte Heimgesetz (HeimG)⁶ stellen Reaktionen auf die in Deutschland aufgetauchten Pflegemängel und die in den letzten Jahren zunehmende Diskussion um Qualitätssicherung in der Pflege dar. Insbesondere vom POsG dürften weitere starke Impulse im Hinblick auf eine Verbesserung der Pflegequalität ausgehen, wengleich sich, wie mit der vorliegenden Expertise und vor dem Hintergrund internationaler Erkenntnisse gezeigt werden kann, noch einiges auch an rechtlichem Veränderungsbedarf und -möglichkeiten aufzeigen lassen. Aufgrund der noch andauernden Umsetzung des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes mit seinen noch ausstehenden Rechtsverordnungen bleibt zudem abzuwarten, welche Veränderungen von den dadurch eingesetzten Instrumenten ausgehen.

² Vgl. ‚Hallesches Memorandum‘ der Sektion Sozialpolitik der Deutschen Gesellschaft für Soziologie, das eine ständige Publikation der Prüfberichte mit der Benennung der jeweiligen Pflegedienste empfiehlt (Behrens/Rothgang 2000); zur Wettbewerbskonzeption des Pflege-VG siehe Rothgang 2000a).

³ Vgl. Klie 1988; Klie et al. 1994; Klein 1997; Behler/Martin 1999; zudem liegen aus dem Jahr 2001 differenzierte Berichte aus Bayern (vgl. die Antwort der Staatsregierung auf die Interpellation „Menschenwürdige Pflege in Bayern sicherstellen“), Hamburg (LT-Drs. 16/5998) und Schleswig-Holstein (LT-Drs. 15/1174) vor und das zuständige Bundesministerium lancierte ein Forschungsprojekt zur Organisation und Praxis der Heimaufsicht.

⁴ www.medicare.gov/nhcompare/home.asp

⁵ BGBl I, Nr. 47, vom 12. September 2001, Gesetzentwurf vom 23.2.2001: BT-Drs. 14/5395, Beschluss des Bundestages vom 19.6.2001, BT-Drs. 14/6308.

⁶ Neufassung des Heimgesetzes vom 5. November 2001, BGBl I Nr. 57, S. 2970-2980.

Ein weiteres, mit der fehlenden wissenschaftlich transparenten Qualitätsmessung und -prüfung ursächlich zusammenhängendes Defizit ist, dass die Pflegeprofession und Pflegewissenschaft in Deutschland noch nicht sehr weit entwickelt sind. Dies ist eben daran abzulesen, dass eine größer angelegte methodisch zuverlässige *empirische* Forschung über Wirkungen und Qualität unterschiedlicher Pflegeformen bis heute kaum vorhanden ist und internationale Forschungsergebnisse auch in den praxisorientierten Pflegefachzeitschriften sowie von Fach- und Anbieterverbänden offenbar kaum wahrgenommen werden.⁷ Symptomatisch dafür sind immer wiederkehrende Beiträge, in denen Donabedians Konzept der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität von 1966 oder andere rein konzeptionelle Diskussionen um ‚Qualitätsmanagement‘ ausgebreitet werden. Ferner wird die Ermangelung fachlicher Standards beklagt, pauschal ‚Ganzheitlichkeit‘, mehr Fachpersonal sowie eine bessere Qualifizierung gefordert, wobei jedoch eben oft professions- oder verbandspolitisch begründete Betroffenheit und Interessen im Spiel sind. Nicht selten sind hierzulande in der praxisorientierten und methodisch wenig avancierten Pflegewissenschaft und in den Pflegeberufen grundsätzliche Widerstände gegen die differenzierte Messung, Objektivierung und Standardisierung der Pflege zu finden, dem oft ein Reflex der pauschalen Proklamation von ‚Ganzheitlichkeit‘ und Bedürfnisorientierung (jeder Fall ist anders‘) unversöhnlich entgegen steht. Auch hier ist die Situation in den USA vergleichsweise ideal: Ein wesentlicher Aspekt der in den USA sehr erfolgreich und zügig durchgesetzten gesetzlichen Reformen von 1987 dürfte sein, dass dort im Gegensatz zu der hierzulande im Rahmen der Selbstfindung und Abgrenzung der Disziplinen immer wieder geübten Auseinandersetzung ein breiter *interdisziplinärer* Konsens auf hohem Niveau angestrebt und erreicht wurde, bei dem z.B. die ‚Ganzheitlichkeit‘ der Pflege oder Bewohnerinteressen durchaus im Einklang mit der Messung vieler einzelner Indikatoren, d.h. der differenzierten und validen sowie reliablen Erfassung von Pflegebedarf und -planung sowie Qualitätskontrolle stehen.

Vor diesem Hintergrund zielt die Expertise zunächst darauf ab, eine differenzierte Einschätzung aktueller Versorgungsprobleme auf der Basis vorliegender internationaler wissenschaftlicher Literatur und der sich daraus ergebenden Erkenntnisse zu erlangen. Im einzelnen sollen erstens wissenschaftlich relevante Konzepte im Hinblick auf operable *Qualitätsmerkmale* oder *-kriterien* und *Instrumente* ermittelt werden. Diese Darstellung kann sich am bekannten Modell der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität orientieren, zusätzlich sollen unterschiedliche Perspektiven (Pflegebedürftige, Anbieter, Prüfinstitutionen) einbezogen werden. Aufgrund der in Deutschland

⁷ Siehe als positive Ausnahmen z.B.: Garms-Homolová/Gilgen, 2000; Gebert/Kneubühler 2001.

bereits breit getretenen begrifflichen und konzeptionellen Diskussionen sollen diese nicht nochmals ausführlich referiert und der Schwerpunkt auf ‚harte‘ empirische Informationen zur Pflegequalität (v.a. ‚Ergebnisqualität‘) sowie auf Instrumente gelegt werden, deren methodische Güte und Transparenz, möglichst auch Validität und Reliabilität gewährleistet ist und die wiederum vor allem auf eine Messung und Verbesserung der Ergebnisqualität zielen. Im Anschluss und aufbauend auf den Überblick ausgewählter Instrumente sollen anhand vorliegender Ergebnisse internationaler Forschungen die *Problembereiche* und *Qualitätsmängel* in der stationären Pflege differenziert und systematisiert dargestellt und soweit möglich quantifiziert werden. In einem Exkurs sollen ergänzend und vergleichend auch Ergebnisse aus dem ambulanten Sektor einfließen. Abschließend erfolgen *Schlussfolgerungen* und *Empfehlungen* zur Weiterentwicklung der Pflegequalität in Pflegeheimen vor dem Hintergrund aktueller rechtlicher Rahmenbedingungen. Die vorliegende Expertise baut auf eine Literaturrecherche auf, die in erster Linie für den ambulanten Bereich durchgeführt (vgl. Roth 2001) und auf den stationären Bereich ausgeweitet, aktualisiert und ergänzt wurde. Die für den ambulanten Bereich durchgeführte Recherche war bereits sehr umfangreich angelegt und es wurden auch Beiträge einbezogen, die sich auf den stationären Sektor beziehen, weshalb sich an einigen Stellen gewisse inhaltliche Überschneidungen zwischen den beiden Berichten ergeben.⁸

2 Instrumente der Qualitätsmessung und -sicherung

2.1 Hintergrund

Die Steuerung und Regulierung der Qualität sozialer und gesundheitlicher Dienstleistungen wie der Altenpflege gilt aufgrund der besonderen Beschaffenheit dieser Güter ebenso als sehr schwierig wie deren objektive Qualitätsmessung. Grundsätzlich liegt hier ein Bewertungsproblem der Qualität und eine dahingehende asymmetrische Verteilung der Informationen zwischen Anbietern und Nachfragern vor (vgl. Akerlof 1970; Arrow 1991), woraus Marktversagen (vgl. Brümmerhoff 1996, S. 47 ff.) und die Notwendigkeit einer wohlfahrtsstaatlichen Regulierung resultiert. Denn die Qualität der Pflege hängt nicht nur vom Produzenten, sondern auch vom Konsumenten

⁸ Keine Berücksichtigung fand hier überwiegend die Situation der Arbeitsbedingungen und der Arbeitsbelastung. Siehe dazu: Roth 2001, wo zwar wiederum schwerpunktmäßig der ambulante Bereich berücksichtigt wurde, aber

ab: Sie entsteht in einem komplexen kommunikativen Prozess mehrerer Beteiligter und zwar ‚*uno actu*‘, d.h. simultan im Prozess der Produktion und Konsumtion.⁹ Daraus resultiert, dass die Pflege- und Dienstleistungsqualität erst *ex post* beurteilt werden kann, weshalb zum Zustandekommen auch ein hohes Maß an *Vertrauen* nötig ist. Darüber hinaus sind die Nachfrager von Dienstleistungen wie der Pflege in Heimen meist wenig souveräne Konsumenten, wobei auch verzerrte Präferenzen auftreten können. So sind solche ‚Kunden‘ einerseits, z.B. im Falle von Krankheit oder Pflegebedürftigkeit, im Leidensdruck und folglich u.U. zur Zahlung stark überhöhter Preise oder zur Inanspruchnahme sowie Duldung zweifelhafter Leistungen bereit oder gezwungen. Andererseits kann bei den Patienten oder Pflegebedürftigen auch die Einsicht in medizinisch oder pflegewissenschaftlich gebotene Pflegeleistungen fehlen, etwa die Bereitschaft zur Rehabilitation und Wiederherstellung von Selbsthilfemöglichkeiten. D.h. auch, dass die Pflegequalität aus professioneller und wissenschaftlicher Sicht durchaus von der individuellen Sicht der Pflegebedürftigen abweichen kann. Hinzu kommen u.U. weitere beteiligte Akteure oder Professionen (z.B. Ärzte, hauswirtschaftliches Personal, Familienmitglieder) mit wiederum spezifischen Sichtweisen. Schließlich lässt sich anhand dieses Beispiels zeigen, dass auch Zielkonflikte zwischen unterschiedlichen Dimensionen der Pflegequalität auftreten können: So tritt hier das Interesse der Rehabilitation möglicherweise in Konflikt mit dem Interesse an Sicherheit und der Vermeidung von Sturzrisiken sowie der ‚Kundenzufriedenheit‘.

Insgesamt liegen bisher nur wenig gesicherte wissenschaftliche Informationen zur Pflegequalität vor, es fehlt diesbezüglich an der methodisch zuverlässigen Messung und Überprüfung sowie systematischen Sicherung und zwar, wie ein aktueller europäischer Forschungsbericht feststellt, nicht nur in Deutschland: „Formalised quality improvement (which include quality assessment and quality assurance) remains under-developed in the social public services“ (Pillinger 2001: 58). In Deutschland kommt aber erschwerend hinzu, dass die Diskussion um Qualitätssicherung in der Pflege gegenüber dem internationalen Stand weit zurückgeblieben ist (vgl. Häussler-Sczegan 1998: 27), wenngleich seit den Gesundheitsreformen und spätestens dem Erlass des Pflege-VG zahlreiche fachlichen Beiträge dazu vorgelegt wurden. Ein Manko der Fachdiskussion um Qualitätssicherung in der Pflege stellt hierzulande dar, dass wiederholte *konzeptionelle* Diskussionen vorherrschen und *empirische* Forschungen zur Pflegequalität kaum vorhanden sind. In den zahl-

auch ausführliche und weiterführende Befunde zur Situation im stationären Bereich dargestellt sind.

⁹ Für personenbezogene Dienstleistungen gelten in Abgrenzung zu sonstigen Wirtschaftsgütern auch die Immaterialität, Unteilbarkeit und mangelnde Lagerfähigkeit als charakteristische Merkmale.

reichen konzeptionellen deutschen Beiträgen zur Qualitätssicherung in der Pflege werden in der Regel zuerst *Begriffe* der Pflegequalität diskutiert, wobei immer wieder das Konzept von Donabedian oder die DIN-ISO sowie Aspekte des Qualitätsmanagements im allgemeinen ausgebreitet werden. In bezug auf begriffliche Klärungen und Konzepte der Qualitätssicherung wird ferner eine unüberschaubare Vielfalt beklagt und dass explizite, verbindliche Qualitätskriterien und Standards in der Pflege fehlten usw.¹⁰ Diese Diskussion soll hier nicht weiter ausgebreitet und der Schwerpunkt auf empirische Informationen zur Pflegequalität (v.a. ‚Ergebnisqualität‘) sowie auf Instrumente gelegt werden, deren methodische Qualität vielversprechend ist und die wiederum vor allem auf eine Messung und Verbesserung der Ergebnisqualität zielen.

Zu beachten ist als Hintergrund, dass mit dem Streit um eine objektiv messbare und mittels Standards definierten Pflegequalität implizit oder explizit die Frage der *finanziellen* Bemessung verbunden ist, woraus sich stagnierende Diskussionen zumindest zum Teil erklären lassen, auch wenn die deutsche Angebots- und Verbandsstruktur mit der korporatistischen politisch-administrativen Interessenvermittlung berücksichtigt wird.¹¹ Schließlich wird aber faktisch durch die Praxis immer (ob explizit oder implizit) eine Bewertung und Entscheidung über die im Einzelfall nötige, angebrachte, fachlich geeignete, qualitativ hochwertige oder wie auch immer benannte Pflege und die dafür eingesetzten Mittel getroffen, auch wenn dies nur aufgrund von Konventionen oder tradierten Praktiken geschieht. Deshalb darf die Schwierigkeit der Bemessung von Pflegequalität und der Festlegung des dafür nötigen Mitteleinsatzes nicht mit deren Unmöglichkeit gleichgesetzt werden. Hier zeigt das Beispiel USA mit dem erfolgreich umgesetzten Instrument RAI, dass ganzheitliche und anspruchsvolle Instrumente zur Messung des Pflegebedarfs, der Pflegequalität und der dafür nötigen Mittel durchaus konsensfähig zwischen unterschiedlichen Interessens- und Berufsgruppen und zum Wohle der Pflegebedürftigen definiert und verwendet werden können. Die Folge einer in Deutschland ausbleibenden Einigung über Qualitätskriterien und Standards tragen insofern die Pflegebedürftigen, weil sie der konventionellen Qualitätssicherung der bisherigen Praxis, im Extremfall also individueller Willkür, oft hilflos ausgeliefert sind.

¹⁰ So z.B. eine Vertreterin des Wohlfahrtswerkes Baden-Württemberg (Blume 2000: 218) oder die in einer AWO-Schrift abgedruckte Literaturexpertise über Pflegestandards von Beyer/Dill 1995 und die dort auf den Seiten 106 ff. geführte Diskussion.

¹¹ Die Verbände der vorwiegend konfessionell geprägten Anbieter der ‚Freien Wohlfahrtspflege‘ stellen nicht nur einen erheblichen Anteil des Pflegeangebotes, sie beeinflussen auch maßgeblich die ‚Fachpolitik‘, etwa im Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge oder im Rahmen des kommunalen Korporatismus. Ferner ist zu beachten, dass ein großer Anteil der Pflegewissenschaft an konfessionell orientierten Fachhochschulen stattfindet. Und auch nach der mit dem Pflege-VG versuchten Einführung des Pflegemarktes und dem Vordrin-

Für die Qualitätsmessung und -sicherung in der Pflege war die heute gängige dimensionale Erfassung der Pflegequalität nach Donabedian (1966) hinsichtlich Struktur, Prozess- und Ergebnisqualität zwar wegweisend, weil sie die methodisch kontrollierte dimensionale Erfassung und Bewertung der Pflegequalität eben eröffnete.¹² Sie löste allerdings trotz der damit verbundenen Erkenntnisse vorerst aber nicht das Kernproblem der Messung der *Ergebnisqualität* und auch nicht das der unterschiedlichen Perspektiven auf die Pflegequalität. Die Systematisierung half insofern auch nur bedingt weiter, als man sich zuerst auf leicht messbare Merkmale der Strukturqualität, etwa die Relation Pflegekräfte zu Pflegebedürftige oder den Anteil eingesetzten Fachpersonals und bauliche Aspekte, konzentrieren konnte, während Kriterien und die Bewertung der beiden anderen Dimensionen weiter unklar blieben.

Traditionell lag der Schwerpunkt der Bemühungen um Qualitätssicherung entsprechend – auch international (Mara et al. 1999: 235) – im stärker formalisierten stationären Sektor und auf Aspekten der Strukturqualität.¹³ Da jedoch nach wie vor zweifelhaft ist, inwiefern eine gute Qualität hinsichtlich der ersten beiden Dimensionen auch ein gutes Gesamtergebnis bewirkt (vgl. Kane 1998), ist dieser Stand als ‚kleinster gemeinsamer Nenner‘ unbefriedigend. Dass Aspekte der Strukturqualität, darunter vor allem die Ausbildung und die Erhöhung des in Pflegeheimen eingesetzten Anteils formal qualifizierter Pflegekräfte, nicht ausreichen für eine anspruchsvolle ‚ganzheitliche‘ Qualitätssicherung, dürfte selbst angesichts der wenigen vorliegenden empirischen Befunde kaum zu bestreiten sein. Gleichwohl konzentriert sich die Diskussion oft alleine auf Strukturfragen wie die Personalausstattung, ohne die Ergebnisqualität auch nur in Betracht zu ziehen. Zudem wird automatisch kurzgeschlossen und die Annahme gilt als selbstverständlich, dass eine bessere Qualität der Pflege nur durch eine ausgeweitete Finanz- und Personalausstattung zu erreichen sei, ohne dass der dahingehende empirische Nachweis von der Pflegeprofession vorgelegt worden wäre. Ähnliches gilt nach den bisher nur in geringem Ausmaß vorhan-

gen privater gewerblicher Anbieter sollte nicht vorschnell das Absterben des Korporatismus im Pflegesektor verkündet werden (vgl. Roth 1999).

¹² Ungeachtet bleibender Definitionsprobleme werden unter Strukturqualität Aspekte der Organisation und Ausstattung (Größe, bauliche Ausstattung, Zahl der Mitarbeiter, Fachkräfte etc.) verstanden; unter ‚Prozessqualität‘ fallen die Pflegeplanung, Pflegedokumentation, Pflegestandards sowie die Art der Durchführung der Pflege. Schließlich werden unter ‚Ergebnisqualität‘ die Wirkungen der Pflege, z.B. der Gesundheitszustand, Aspekte des ‚Erfolgs der Aktivierung‘, die Rehabilitation, Stärkung sozialer Netze und Zufriedenheit der Pflegebedürftigen subsumiert (vgl. Dangel/Korporal 2000: 249).

¹³ Überblicke zu den in der Literatur diskutierten Instrumenten und Erfahrungen siehe bei: Niehörster/Vahrenhorst 1994; Klie 1995; Görres 1996 a und b; Kühnert 1996; Katz/Green 1996; Giebing et al. 1997; Blonski 1998; Ewers/Schäffer 1998; Niehörster et al. 1998; Schnabel/ Schönberg 1998; Dangel-Vogelsang 1999; Kämmer 2000b; Gebert/Kneubühler 2001.

denen methodisch kontrollierten Beobachtungen zur Prozessqualität, da diese ebenso kaum standardisiert sind. Auch hier bleibt noch reichlich unklar, inwiefern verschiedene Arten der Prozessqualität unterschiedliche Wirkungen (outcomes) bedingen (vgl. Kap. 3.1.4 unten).

Unter anderem aufgrund der offenkundig enorm disparaten,¹⁴ faktisch unbestreitbar oft insuffizienten, Pflegequalität der konventionellen Pflegepraxis werden allerdings zunehmend auch in Deutschland auf verschiedenen Ebenen Qualitätskriterien und Pflegestandards diskutiert, entwickelt, verwandt und überprüft¹⁵ und die empirische Forschung nimmt zu. Auch kann in neuerer Zeit von einem wachsenden Konsens ausgegangen werden, zumindest einen weitgehenden Grad der Vermeidung von Dekubitus und damit verbundene Pflegemethoden als ersten professionellen Qualitätsstandard anzuerkennen. Das Deutsche Netzwerk für Qualitätssicherung sieht in der Dekubitusprophylaxe den wesentlichen Standard und Dekubitus als Zeiger für Pflegequalität überhaupt (vgl. Huhn 1998; DBfK 2000), was durch unten dargestellte empirische Befunde durchaus gestützt wird, sofern der Fokus auf gravierende Pflegemängel gelegt wird. Ferner dürften gewisse ‚Basics‘ wie die Gabe ausreichender Ernährung sowie Flüssigkeit oder die Vermeidung von Schädigungen als unstrittiger Pflegestandard gelten. Auch scheint in Deutschland mittlerweile ein Konsens darüber zu bestehen, dass die Erhebung und Einbeziehung der *Kundenwünsche und -zufriedenheit* bei der Messung der Ergebnisqualität der professionellen Pflege berücksichtigt werden sollten, wenngleich hier viele methodische Fragen noch offen sind, wie unten zu zeigen sein wird.

Als Ergebnis der bisher vorliegenden theoretischen und begrifflichen Klärungen läßt sich sagen, dass Pflegequalität anhand einzelner Merkmale gemessen werden kann (Ist-Zustand), die hinsichtlich der bekannten Dimensionen von Struktur, Prozess und Ergebnis differenziert und im Hinblick auf Standards oder Zielvorstellungen bewertet werden können (Soll-Zustand), wobei je nach Betrachter unterschiedliche Perspektiven berücksichtigt werden müssen. Außerdem kann

¹⁴ Siehe dazu eine aktuelle Untersuchung der faktischen Pflegebedarfe und Leistungsstrukturen in 27 ausgewählten vollstationären Pflegeeinrichtungen aus Nordrhein-Westfalen (Wingenfeld/Schnabel 2002) und eine bereits 1995/1996 in 10 Pflegeheimen in Bayern durchgeführte Erhebung (Neubauer/Schallermair 1998a u. b), welche beide erhebliche Unterschiede im Leistungsniveau zwischen den Pflegeeinrichtungen erbrachten, bei allerdings deutlich höheren (etwa doppelt so hohen) Leistungsumfängen je Bewohner und Pflegestufe in der bayerischen Erhebung. Allerdings erscheint zweifelhaft inwieweit die beiden Untersuchungen vergleichbar sind.

¹⁵ Zur Diskussion um Pflegestandards siehe: Besendorfer et al. 1996; Görres 1996 b; Kühnert 1996; Sale 1996; Avebury 1997; Slagsvold 1997; Smith et al. 1997; Wachter-Kreder 1997; BAGSO 1998; Bartholomeycik 1998; Bulger/Feldmeier 2001; Entzian 1998, 1999; Rantz 1998; Schnabel/Schönberg 1998; DPWV 1999; Korecic 1999; Schaper v. 1999; AGS 2000; Baartmanns/Geng 2000; DBfK 2000; Harrington et al. 2000a u. b; Henrard et al. 2000; Hubert 2000; Kämmer 2000 b; Schröder 2000; Abraham et al. 2001; Bienstein 2001; Bölicke 2001; Gebert/Kneubühler 2001.

die Operationalisierung einer objektiven Qualitätsmessung ebensowenig wie die Entwicklung von Standards abschließend geleistet werden, und es muss eine ständige Verbesserung der Pflegepraxis im Rahmen einer Qualitätsentwicklung nach dem jeweiligen allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse (vgl. § 11 SGB XI) angestrebt werden.

Vor dem Hintergrund internationaler pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse existieren bereits eine Reihe gültiger *Standards* als Messlatte (vgl. Abraham et al. 2001). So gibt es Standards von der American Geriatrics Society oder der Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), so zum Management der Inkontinenz, der Prävention und Therapie von Dekubitus sowie der Diagnose und Therapie von Depressionen (vgl. Abraham et al. 2001; Gebert/Kneubühler 2001: 214 f.; s. auch: Kap. 2.5 unten). Gebert/Kneubühler kommen aufgrund einer sehr umfangreichen internationalen Literaturlauswertung zum Befund: „Es darf behauptet werden, dass zu allen Erkrankungen und Syndromen, welche in einem Pflegeheim angetroffen werden, auch Leitlinien existieren“ (Gebert/Kneubühler 2001: 215). Doch erneut gilt der Befund für den deutschsprachigen Raum, dass diese in der Regel eher von Medizinern in Krankenhäusern, kaum dagegen von Pflegeberufen in Pflegeheimen wahrgenommen und angewendet werden (Gebert/Kneubühler 2001: 216). Ebenso wurden im Zuge der Entwicklung von RAI Qualitätsindikatoren entwickelt,¹⁶ so dass daraus unter Einbezug empirischer Vergleichswerte (z.B. Perzentile) bei vergleichbaren Fällen oder Fallgruppen die Bewertung der Pflegequalität einer Einrichtung im Vergleich zu anderen Einrichtungen vorgenommen werden kann (vgl. Rantz et al. 1997a u. b; Kane 1998; Karon/Zimmerman 1998; Spector/Mukamel 1998). Daran anschließend können statistische Ausreißer mit einer auffällig schlechten Performance durchaus noch genauer untersucht und außerdem die Pflegeergebnisse und Standards nach und nach verbessert werden, so dass auch ein Wettlauf zur Steigerung der Pflegequalität entsteht.¹⁷ Eine wesentliche Aufgabe der Pflegewissenschaft besteht also darin, *vergleichbare* Fälle und Einrichtungen hinsichtlich verschiedener Qualitätskriterien zu untersuchen und daraus im Wechselspiel sowohl Wirkungszusammenhänge als auch pragmatische Standards abzuleiten. Dabei müssen als Voraussetzung zur Bewertung der Pflegequalität alle intervenierenden Variablen, die nichts mit der Pflegeleistung zu tun haben, möglichst kontrolliert werden: „The definition of what constitutes a good outcome is, thus, not

¹⁶ In zwölf Bereichen: Accidents, Behavioral and emotional patterns, clinical management, cognitive functioning, elimination and continence, infection control, nutrition and eating, physical functioning, psychotropic drug use, quality of life, sensory functioning and communication, skin care (vgl. Karon/Zimmerman 1998).

¹⁷ Einem solchen Verständnis entspricht im übrigen auch die begriffliche Bedeutung von ‚Standard‘ als normales Maß oder Richtschnur (vgl. Schnabel/Schönberg 1998: 11).

based on how a given patient does over time but rather how that patient's course compares with what can be (statistically determined) expected realistically. The outcome can be based on performance in a specific domain or on some sort of composite score based on a combination of several domains." (Kane 1998: 235, vgl. ders. 1995; Rantz et al. 1997a u. b; Karon/Zimmerman 1998; Spector/Mukamel 1998). Daraus resultiert, dass z.B. beim Qualitätskriterium Hautzustand und dem Indikator Dekubitus verschiedene Risikogruppen gebildet werden müssen, bevor Vergleiche und Bewertungen vorgenommen werden. Da diese outcome-orientierte Messung der Pflegequalität in den USA bereits weit entwickelt ist (vgl. Kap. 2.5 unten), wäre eine dringende Aufgabe der deutschen Pflegewissenschaft, solche Qualitätsindikatoren und Instrumente auch hierzulande zu testen.

2.2 Gesetzliche Instrumente in Deutschland

Die in Deutschland gesetzlich vorgegebenen Instrumente der Qualitätssicherung sind in den letzten Jahren ständig ausgeweitet und konkretisiert worden, wobei insbesondere das Pflege-VG und das PQoG wichtige Weichenstellungen markieren. Grundlegende Regelungen zur Qualitätssicherung stellen die „Rahmenverträge und Bundesempfehlungen über die pflegerische Versorgung“ nach § 75 SGB XI und die einheitlichen „Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität und Qualitätssicherung“ nach § 80 SGB XI dar, welche auf der Ebene der Spitzenverbände abgeschlossen wurden und für alle Pflegeeinrichtungen verbindlich sind.¹⁸ In den mit dem PQoG erweiterten Rahmenverträgen nach § 75 Abs. 2 SGB XI werden neben den Grundsätzen zum Inhalt der Pflegeleistung und den allgemeinen Bedingungen der Pflege einschließlich der Kostenübernahme Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsvertrag orientierte *personelle* Ausstattung der Pflegeeinrichtungen genannt.¹⁹ Mit dem PQoG wurde dieser Passus geändert, wonach nun für Pflegeheime auf der Landesebene Personalrichtwerte festzusetzen sind oder zumindest Verfahren zur Ermittlung des Personalbedarfs

¹⁸ Banz. Nr. 213 vom 14.11. 1996, S. 12041, vgl. Marschner § 80 Anhang 4. Nach § 75 Abs. 1 Satz 3 SGB XI sind die Sozialhilfeträger als Vertragspartei am Vertragsabschluss zu beteiligen. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass die Sozialhilfeträger in vielen Fällen weiterhin für einen Teil der Pflegekosten aufkommen müssen (vgl. dazu: Roth/Rothgang 2001).

¹⁹ Dieses war bis dahin für den stationären Bereich nicht in allen Bundesländern umgesetzt worden, wobei die festgelegten Personalrichtwerte für Pflegeheime erheblich differierten. Richtwerte wurden festgelegt in Bayern, Brandenburg, Hamburg, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Saarland und Schleswig-Holstein; Stellenäquivalenz-

oder zur Bemessung von Pflegezeiten vertraglich zu vereinbaren sind, wobei in Deutschland erprobte und bewährte internationale Erfahrungen zu berücksichtigen sind (§ 75 Abs. 3 SGB XI).²⁰ Darüber hinaus gilt für Pflegeheime weiterhin eine „Fachkraftquote“ in Höhe von mindestens 50% nach der Heimpersonalverordnung.²¹ Ferner werden laut dem PQsG bundesweite Pflegeheimvergleiche (§ 92a SGB XI) durchgeführt.

Eine zentrale neue Vorgabe des PQsG ist, dass nunmehr differenzierte *Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen* mit den Pflegeeinrichtungen (im stationären Sektor) abgeschlossen werden (§ 80a SGB XI). Ferner ist die Verpflichtung der Pflegeeinrichtungen auf ein *Qualitätsmanagement* als Voraussetzung für den Abschluss von Versorgungsverträgen mit den Pflegekassen nach § 72 Abs. 3 von Bedeutung für die Praxis der Qualitätssicherung, insbesondere für neu ans Netz gehende Einrichtungen.²² Darüber hinaus wurden als Kern des PQsG differenzierte Regelungen zur Qualitätssicherung und zum Schutz der Pflegebedürftigen als Elfte Kapitel mit den §§ 112-120 eingefügt. Danach sollen primär die Träger von Pflegeeinrichtungen *intern* und nachgeordnet Kontrollen von *außen* für die Qualitätssicherung sorgen, wobei neben dem MDK unabhängige, von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellte, Sachverständige in die Qualitätssicherung und -prüfungen einbezogen werden. Nach § 112 Abs. 2 SGB XI sind die zugelassenen Pflegeeinrichtungen verpflichtet, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen und in regelmäßigen Abständen die erbrachten Leistungen und deren Qualität nachzuweisen. Laut § 113 SGB XI sind „Leistungs- und Qualitätsnachweise“ durch von den Landes- oder Bundesverbänden der Pflegekassen anerkannte unabhängige Sachverständige oder Prüfstellen zu erteilen (Abs. 2). Zur Anerkennung der Sachverständigen ist der Erlass einer Rechtsverordnung nach § 118 SGB XI vorgesehen, wozu vom Bundesministerium für Gesundheit im April 2002 ein erster Entwurf vorgelegt wurde. Dabei wurde weitgehend die unten näher dargestellte MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI zugrunde gelegt.²³ Allerdings sind diese Instrumente bisher offenbar nicht wissenschaftlich methodisch kontrolliert und z.B. hinsichtlich

ziffern (ohne Personalanzahlzahlen) finden sich in Berlin, Bremen, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und Thüringen (vgl. Schneekloth / Müller 2000: 152 f.).

²⁰ Marschner nennt in seinem Kommentar (Rd.nr. 7b) z.B. das kanadische Verfahren PLAISIR, das vom Kuratorium Deutsche Atlershilfe (KDA) propagiert wird (vgl. Gennrich 1999). Möglich wäre hier jedoch auch RAI.

²¹ Weitere Schutzvorschriften finden sich für im Heimgesetz sowie der Heimmindestbauverordnung.

²² Kritisch zu den Auswirkungen dieser Regelung siehe den Kommentar von Marschner (Rd.nr. 13).

²³ Vgl. MDK 1996, siehe die novellierten Erhebungsbögen bei Marschner, Kommentar zum SGB XI, § 80, Anhang 7 u. 8, letzter Stand: August 2001.

ihrer Reliabilität und Validität überprüft. Jedenfalls liegen dazu keine dahingehenden Veröffentlichungen vor.

Laut § 114 SGB XI sind der MDK oder die genannten Sachverständigen berechtigt und verpflichtet, an Ort und Stelle zu überprüfen, ob die ambulanten oder stationären zugelassenen Pflegeeinrichtungen die Leistungs- und Qualitätsanforderungen nach diesem Buch weiterhin erfüllen. Nach den Absätzen 2 und 3 dürfen die Prüfer Grundstücke oder Räume der Pflegeeinrichtungen jederzeit angemeldet oder unangemeldet betreten und dort Prüfungen und Besichtigungen vornehmen. Bei der Feststellung von Qualitätsmängeln sind laut § 115 SGB XI je nach Schwere der Mängel Auflagen zur Beseitigung innerhalb einer bestimmten Frist, die Kürzung der Pflegevergütung für die Dauer der Pflichtverletzung und die Kündigung des Versorgungsvertrages möglich; darüber hinaus kann nach Abs. 5 im Falle schwerwiegender Mängel die weitere Betreuung des Pflegebedürftigen vorläufig untersagt und dieser an eine andere geeignete Einrichtung vermittelt werden. Per Rechtsverordnungen kann die Bundesregierung näheres sowohl zur Höhe der Entgelte als auch zu den Beratungs- und Prüfvorschriften erlassen (§§ 116 Abs. 4, 118 SGB XI). Schließlich sind vom MDK und MDS Berichte über die Ergebnisse der Prüfungen sowie über die Erkenntnisse zum Stand und zur Entwicklung der Pflegequalität und der Qualitätssicherung erstmals zum 31.12.2003, danach im Abstand von drei Jahren an die zuständigen Ministerien bei Bund und Ländern zu erstatten (§ 118 Abs. 4 SGB XI). Allerdings sind die speziellen Informationen zur Qualitätsprüfung *einzelner* Einrichtungen offenbar laut § 115 Abs. 1 SGB XI nicht für „Dritte“ bestimmt, denn die Prüfer und die Empfänger von Daten sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Eine regelmäßige Publikation einzelner Qualitätsberichte zur Unterstützung der Transparenz, d.h. zur Verminderung der o.g. asymmetrischen Information, und damit eines an der Qualität der Pflege orientierten Wettbewerbs ist auch im PQSG leider nicht enthalten.

Im einzelnen sind in den Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen die wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmale festzuhalten, und zwar zugeschnitten auf die konkreten Leistungs- und Versorgungserfordernisse der Pflegeeinrichtungen. Dazu gehören mindestens Angaben zur Struktur und der voraussichtlichen Entwicklung des zu betreuenden Personenkreises, gegliedert nach Pflegestufen, besonderem Bedarf an Grundpflege, medizinischer Behandlungspflege oder sozialer Betreuung. Dazu gehören auch Art und Inhalt der Leistungen, die von dem Pflegeheim erwartet werden, insbesondere die personelle und sächliche Ausstattung des Pflegeheims einschließlich der Qualifikation der Mitarbeiter. Weitere differenzierte Grundsätze der Qualitätssi-

cherung ergeben sich aus den Vereinbarungen nach § 80 SGB XI, wozu eben seit dem PQsG auch Maßstäbe für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, das auf eine stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ausgerichtet ist, genannt werden. Insofern bedürfen die Grundsätze von 1996 einer dahingehenden Ergänzung. Bisher werden unter Punkt 4. folgende Maßnahmen der Qualitätssicherung vollstationärer Pflegeeinrichtungen genannt: Qualitätszirkel, Einsetzung von Qualitätsbeauftragten, Mitwirkung auf Qualitätskonferenzen, Mitwirkung in Assessmentrunden, Entwicklung und Weiterentwicklung von Verfahrensstandards für die Pflege und Versorgung. Die bisher verabschiedeten Grundsätze folgen im übrigen den bekannten Dimensionen und enthalten Hinweise zur:

- Strukturqualität, z.B.:
 - Pflege unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft,
 - Verpflichtung zur Fort- und Weiterbildung der Leitung und Mitarbeiter,
 - Definition und Merkmale der Eignung der Pflegefachkraft,
 - Räumliche Voraussetzungen,
 - Beachtung hygienischer Standards;
- Prozessqualität, z.B.:
 - eine dem allgemeinen Stand pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse entsprechende Pflegekonzeption,
 - individuelle Pflegeplanung,
 - geeignete, sachgerechte und kontinuierliche Pflegedokumentation,
 - klientenorientierte Dienstplanung,
 - Einbezug von Angehörigen,
 - Erstellung und Angebot an Informationsmaterial
- Ergebnisqualität, z.B.:
 - Regelmäßige Ergebnisprüfung (insbes.: Rehabilitation, Reaktivierung, Kommunikations- u. Orientierungsfähigkeit, Bewältigung von Krisen, Teilhabe am sozialen Umfeld, Zufriedenheit der Bewohner)
 - Berücksichtigung individueller Bedürfnisse der Bewohner
 - Erörterung der Ergebnisse mit Bewohnern und Angehörigen
 - Dokumentation der Ergebnisprüfung

Wie dargestellt müssen infolge des PQsG die genannten Vorgaben der Qualitätssicherung und -prüfung weiter präzisiert werden, weshalb den bereits vorliegenden, mittlerweile stark überarbeiteten und ausgeweiteten Erhebungsbogen des MDK zur Qualitätsprüfung samt Bewohnerbefragung und den dazu gehörigen Prüfungsanleitungen eine richtungsweisende Bedeutung

zukommen (vgl. Fußnote 23 oben). Diese Instrumente gliedern sich ebenso in Angaben zur Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität.

Bei einem Vergleich der Instrumente des MDK im Zeitverlauf fällt auf, dass die aktuellen Versionen deutlich umfangreicher und differenzierter ausfallen und dass diese auch eine Orientierung an der Ergebnisqualität aufweisen, wenngleich der Schwerpunkt auf Fragen des Pflegeprozesses liegt. Allerdings werden deutlich mehr bewohnerbezogene Items und erstmals auch ‚harte Daten‘ abgefragt, z.B. das Gewicht, womit z.B. anhand signifikanter Veränderungen u.U. auch Rückschlüsse auf die Pflegequalität gezogen werden können. Ferner finden sich differenziertere Items und Einschätzungen von Druckgeschwüren oder Fixierung und es wird in den Prüfanleitungen deutlich häufiger auf pflegewissenschaftliche Erkenntnisse verwiesen. Diese Verbesserung beschränkt sich jedoch nach wie vor auf wenige Items und ein umfassendes Assessment, z.B. mit der Erhebung von ADL oder IADL der Bewohner, wie es das RAI vorsieht, ist auch mit diesen deutlich verbesserten Instrumenten nicht gewährleistet. Damit fehlen aber nach wie vor differenzierte Hinweise im Hinblick auf die Ergebnisqualität. Kritisch muß in diesem Zusammenhang auch nochmals angemerkt werden, dass diese Instrumente bisher nicht wissenschaftlich untersucht und insbesondere auf ihre Reliabilität und Validität getestet wurden. Ferner werden durchgehend sehr einfache Skalen verwandt mit den Angaben „trifft zu“, „trifft nicht zu“ und „trifft teilweise zu“. Dadurch werden Informationen reduziert, weil damit ‚feine Unterschiede‘ der Pflegequalität nicht erfasst werden, so dass mittels differenzierter Skalen auch entsprechend vertiefte Erkenntnisse erzielt werden könnten. Außerdem könnten bei z.B. sechsstufigen Skalen auch Verbesserungen im Zeitablauf abgebildet werden. Dennoch muss zusammenfassend vor dem Hintergrund der unten ausgeführten wenigen Befunde zur offenbar oft eher prekären Pflegequalität in Deutschland angemerkt werden, dass auch mit diesen Instrumenten bereits eine deutliche Ausweitung und Verbesserung der Qualitätssicherung ermöglicht wird. Berücksichtigt werden muss allerdings, dass dem MDK kraft seiner Aufsichtsfunktion und als Beauftragter der Finanziers die geforderte Beratungsleistung und Objektivität nur schwer abgenommen wird, so dass die Verbindung interner und externer Qualitätssicherung in diesem Fall erschwert wird.²⁴

²⁴ „Wir wollen beraten - nicht ausschließlich kontrollieren“, so der Titel eines Aufsatzes von einem Vertreter des MDK (Brüggemann 1997).

2.3 Ausgewählte Instrumente der Qualitätssicherung im Überblick

Die zahlreichen deutschen Fachbeiträge bieten vielfältige Instrumente und Methoden der Qualitätssicherung und -entwicklung.²⁵ Diese können und sollen nicht vollständig dargestellt werden, weshalb im folgenden die Diskussion anhand ausgewählter Instrumente geführt wird, um zentrale Voraussetzungen von Instrumenten zur Qualitätssicherung zu verdeutlichen. Bevor darauf eingegangen wird, sollen aber einige kritische Aspekte dieser Diskussion verdeutlicht werden. Problematisch ist vor allem, dass immer neue Konzepte, häufig als bloße Folien oder Etikettierungen, auf einem bunten Markt für Qualitätssicherung, Weiterbildung und Beratung produziert und konsumiert werden, ohne diese wirklich differenziert darzustellen und damit verbundene Wirkung im Hinblick auf die Ergebnisqualität wissenschaftlich nachzuweisen.²⁶ So stellen Reviews der deutschsprachigen Diskussion um Qualitätssicherung fest, dass ein deutliches Missverhältnis zwischen der Breite der Diskussion und der Zahl der Publikationen über Qualitätssicherung auf der einen und der *Umsetzung* von Qualitätsbemühungen auf der anderen Seite herrscht. Daraus drängt sich der Eindruck von viel Aktivität, noch mehr Akteuren und Verunsicherung über die richtigen Strategien, Konzepte und Instrumente der Qualitätssicherung auf (Gebert/Kneubühler 2001: 163). Diese Betriebsamkeit steht merkwürdig im Gegensatz zu den weithin *nicht* praktizierten differenzierten Methoden der Qualitätssicherung wie dem *Assessment* und einer in ihren Ansprüchen ebenso höchst unterschiedlich praktizierten Pflegeplanung und -dokumentation (vgl. Kap. 3 unten). Entsprechend lässt sich die Frage stellen, warum hierzulande so viel allgemein über Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement, aber wenig über konkrete Qualitätsprobleme und -risiken und die dazu in der internationalen Literatur vorliegenden Forschungen und Standards gesprochen wird, wie z.B. die Gabe von Medikamenten, Inkontinenz, Demenz, Sturzgefahren, Immobilität/Fixierungen usw. (vgl. Gebert/Kneubühler 2001: 211-233). Damit gerät die deutsche Diskussion um Qualitätssicherung in der Pflege zur „*Nabelschau*“ (Gebert/Kneubühler 2001: 230):

„Weil keine über die Literatur fundierten SOLL-Vorgaben zur Diskussion stehen, hat man sich im Heim zu fragen, wo denn aktuell Probleme anstehen. Beim Prospekt, in welchem das Heim vorgestellt wird? Einer schreienden Bewohnerin? Zwei, drei Angehörigen? Dem zu wenig freundlichen Koch? Sprachproblemen ausländischer Mitarbeiterinnen? Einem zu langsamen Fahrstuhl? Zu vielen Zweibettzimmern? Ungenügender Teamfähigkeit einer Gruppenleiterin?“

²⁵ Siehe z.B. Görres 1996b; Giebing et al. 1997; Barth 1999; Dangl-Vogelsang 1999; Gebert/Kneubühler 2001;

²⁶ Zu einem solchen Nachweis zählt insbesondere die methodische Evaluation und Publikation von Methoden und Instrumenten in wissenschaftlichen Zeitschriften, die im Idealfall selbst einer objektiven Qualitätskontrolle (z.B. anonymisiertes Review-Verfahren) unterliegen sollten.

Gerne wird in Deutschland auch die Unterscheidung ‚*interner*‘ und ‚*externer*‘ Ansätze der Qualitätssicherung betont, wobei externe wissenschaftliche Beratungen, Kontrollen oder Akkreditierungen die internen Maßnahmen des Qualitätsmanagements unbedingt begleiten sollten. Allerdings sollten die Unterschiede zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung der Pflegequalität bei validen und reliablen Instrumenten nicht signifikant ausfallen. Insofern täuscht diese auch institutionell und politisch begründete Unterscheidung darüber hinweg, dass Instrumente, wie z.B. das Assessment sowohl ‚intern‘ als auch ‚extern‘ verwendet werden können, ja sollten. Dreh- und Angelpunkt von Instrumenten der Qualitätssicherung bildet im Idealfall also ein *Assessment*, d.h. die umfassende und methodisch kontrollierte, möglichst objektive Ermittlung des Pflegebedarfs und der Potentiale eines jeden Bewohners. Erst darauf aufbauend entwickeln Instrumente der *Pflegeplanung* und *-dokumentation* oder *-visite* ihre eigentliche Wirkung, nach innen wie nach außen.²⁷

Wenn kein ‚Soll‘ möglichst objektiv dargestellt wird, nützt es auch nichts, ‚*Qualitätsbeauftragte*‘, ‚*Qualitätszirkel*‘ oder gar ein ‚*Total Quality Management*‘ (TQM) zu proklamieren, was in den letzten Jahren in der Diskussion um Qualität in der Pflege populär wurde.²⁸ In diesem Zusammenhang wird z.B. auch der Begriff ‚*Quality Management Integration*‘ verwandt, mit folgenden Kernelementen: Kundenorientierung, kontinuierliches Lernen und ständige Verbesserung, Einbeziehung der Beschäftigten, Führungsverhalten und Systemorientierung (Bradley/Thompson 2000). Weitere hier anschließende Maßnahmen sind die *Qualifizierung* von Mitarbeitern, wobei auch hier neben der Tatsache an sich der konkrete Gegenstand oder Inhalt sowie die Ziele, Methoden und Wirkungen der Qualifizierung von Bedeutung sind. Ebenso steht und fällt die Wirkung eines in Deutschland relativ wenig systematisch betriebenen *Care* und *Case Management* als Instrument der Qualitätssicherung mit dem Assessment der Pflegebedürftigen (vgl. Engel/Engels 2000: 24). Diese zuletzt genannten Ansätze haben ihren Sinn primär in der Optimierung der Pflege, von Zugängen zu und Übergängen zwischen vielfältigen, sehr unterschiedlich organisierten, finanzierten etc., d.h. heterogenen Versorgungssystemen, was allerdings nicht nur von Qualitätsaspekten sondern auch von öffentlichen Finanzinteressen, sprich Sparabsichten geleitet

²⁷ Vgl. Gilgen/ Garms-Homolová 1995; Garms-Homolová et al. 1996; Paul 1996; Garms-Homolová/Niehörster 1997; Höhmann et al. 1997; Sowinski 1998b; Garms-Homolová 1999, Garms-Homolová/Gilgen 2000; Wierz 2000; Görres et al. 2002.

²⁸ Vgl. z.B. BMFSFJ 1985; Freedman et al. 1995; Garms-Homolová 1996c; Schomburg 1996; Degenholtz et al. 1997; Klein 1997; Blonski 1998; Hennecke-Court 1998; Schnabel/Schönberg 1998; Hartmann 1999; Robitzsch 1999; Mara et al. 1999; Bradly et al. 2000; Cofer 2000;

wird.²⁹ Die institutionellen Strukturen und Versorgungssysteme, so die Überlegung, sind für die Betroffenen oft schwer zu durchschauen oder zu überblicken und sie funktionieren nicht koordiniert, sondern primär in einer Systemlogik, die nicht immer den jeweiligen Interessen und Bedürfnissen der Pflegebedürftigen entspricht; derartiges wird oft als „Schnittstellenproblematik“ diskutiert. Darüber hinaus ist ein zentraler Aspekt des Care- und Case Management ganz allgemein und umfassend auch das Ziel der Qualitätssicherung, wenngleich das Care und Case Management wiederum nicht mit dem angesprochenen Qualitätsmanagement (z.B. im Sinne des TQM) identisch ist, weil damit jeweils unterschiedliche Bezugs- und Ansatzpunkte sowie Instrumente verbunden werden (vgl. Schweikart 1999: 80-86).³⁰ Auch hier gilt allerdings, dass diese Konzepte noch zu wenig verwandt und hinsichtlich ihrer Wirksamkeit wissenschaftlich evaluiert wurden, wozu in Kap. 3 unten noch mehr zu sagen sein wird.

Ergänzend sei darauf hingewiesen, dass ein Bestandteil von Care Management verbunden mit der Stärkung der Betroffenen oder Verbraucher auch das Instrument der *Beratung* darstellt. Diese sollte möglichst umfassend und von neutraler Seite angeboten werden, wie dies z.B. in Nordrhein-Westfalen per Landespflegegesetz vorgeschrieben wurde. Allerdings wurde diese Vorgabe regional höchst unterschiedlich wahrgenommen (vgl. Eifert et al. 1999b).³¹ Neben der Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen zielen die Maßnahmen der Koordination und Unterstützung der Laienpflege, wie z.B. mittels Pflegekursen, oder die Angehörigenarbeit auf die Unterstützung der Qualität der Pflege,³² was zwar insbesondere auf die ambulante Pflege zielt, jedoch auch für die stationäre Pflege eine Rolle spielt. Allerdings zeigen die unten ausge-

²⁹ Case Management wurde in Europa erstmals mit dem Community Care Act und der Einrichtung des National Health Services (NHS) Anfang der neunziger Jahre im Vereinigten Königreich eingeführt, womit die Steuerung der Zugänge zur Pflege dem „gate keeper“ NHS und die finanzielle Verantwortung für die ambulante und stationäre Pflege den Kommunen übertragen wurde, die diese zum größten Teil in „Social Services Departments“ wahrnehmen (vgl. z.B. The Royal Commission 1999). Die Definition von Case Management variiert allerdings in unterschiedlichen Ländern (vgl. Engel/Engels 1999: 14).

³⁰ Zur Kooperation und Koordination in der Pflege sowie zum Care- und Case-Management: BMFSFJ 1985; Tophoven 1995; Diwan et al. 1996; Domscheit/Wingenfeld 1996; Challis/Traske 1997; Degenholtz et al. 1997; Eng et al. 1997; Ewers 1997; Gill/Mantey 1997; Meierjürgen 1997; Schmidt et al. 1997; Bulger/Feldmaier 1998; Döhner 1998; Miller et al. 1998; Weber 1998; Göpfert-Divivier et al. 1999; Schaeffer 1999; Schnelle et al. 1999; Schweikart 1999; Ewers/Schaeffer 2000; Foley 2001.

³¹ Häufig ist zudem seit dem Pflege-VG auf der kommunalen Seite die Tendenz unübersehbar, die Wahrnehmung traditioneller Aufgaben wie die Förderung koordinierender Beratungsstellen, ‚komplementärer Dienste‘ (z.B. Familien- oder Haushaltshilfen) und ‚offener Altenhilfe‘ (z.B. für Kultur- und Kommunikation) einzuschränken und, wie z.B. in Nordrhein-Westfalen, sogar neu zugewiesene Mittel für neu definierte Aufgaben (wie die Mittel nach § 17 PFG NW für Beratung nach § 4 etc. PFG NW) für die Haushaltskonsolidierung zu verwenden (Eifert et al. 1999b). Ähnliche Rückzüge in der kommunalen Altenpolitik werden auch aus anderen Bundesländern berichtet (vgl. Eifert et al. 1999a; Weber 1998).

³² Vgl. Plück/Giersberg 1998; Schild-Woestmeyer/Dietz 1998; Ward-Griffin/McKeever 2000.

fürten empirischen Befunde große Defizite beim fehlenden oder schlecht entwickelten professionellen Angebot, der ebenso fehlenden Nachfrage und auch bei der dafür nötigen Vermittlung zwischen Profis und Angehörigen.

Ebenso vielfältig, aber wenig wissenschaftlich fundiert, ist die Diskussion um die Erteilung von *Zertifikaten* oder *Qualitätssiegeln* (vgl. Blonski 1998).³³ Auch hier blüht der Beratungsmarkt:³⁴ Zahlreiche Organisationen haben eigene Prüfverfahren und Zertifikate – oft auf der Basis der bereits genannten DIN EN ISO 9000 ff. (vgl. Schnabel/Schönberg 1998 71 ff.; Gebert/Kneubühler 2001: 417 ff.) – entwickelt, die jedoch erneut kaum wissenschaftlich evaluiert und publiziert wurden. Ein Qualitätssiegel wurde z.B. von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen aufgestellt (vgl. Schönberg 2000: 24), und auch von seiten professioneller Anbieter wurden diverse Prüfverfahren und Zertifikate entwickelt, z.B. vom Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband (DPWV) (1999) oder der Arbeiterwohlfahrt (Wittenius 2000). Hervorzuheben aus der kaum vollständig zu durchdringenden Masse verschiedener Zertifikate mit oft lediglich regionaler Bedeutung sind zuerst die Prüfverfahren und Zertifikate der Technischen Überwachungsvereine (TÜV) (vgl. Reck-Hog/Klinik 1998), die wegen der staatlich legitimierten Überwachung von Kraftfahrzeugen korporatistische Institutionen mit einer hohen gesellschaftlichen Anerkennung darstellen. Dieses käme potentiell, angenommen die Instrumente wären wissenschaftlich evaluiert und entsprechend publiziert, der Transparenz und dem Verbraucherschutz entgegen, weil die Pflegebedürftigen nicht mit einer unüberschaubaren Vielzahl an Zertifikaten überfordert werden würden. Auch beim TÜV-Zertifikat ist das TQM mit dem Ziel der ständigen Qualitätsverbesserung und der Kundenzufriedenheit handlungsleitend. Im Kern stehen mehrere Audit-Verfahren unter Beteiligung der Mitarbeiter und mittels des Einsatzes von Fragebögen und ‚standardisierter Instrumente‘. Da diese jedoch wenig transparent sind und sich so auch nicht erkennbar an wissenschaftlichen Standards orientieren (vgl. Abraham et al. 2001; Gebert/Kneubühler 2001), werden unverzichtbare Qualitätsansprüche auch bei diesem Verfahren nicht erfüllt (vgl. Gebert/Kneubühler 2001: 426). So droht „eine Dame ohne Unterleib“, wie Endruweit et al. (1998: 3) im Hinblick auf Zertifizierungsverfahren ohne wissenschaftliche Qualitätsdiagnosen zuspitzen.

Neben den Zertifikaten können *Qualitätshandbücher* angeführt werden, wie das der Diakonie (Ahrens 1998) oder des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA) (Besselmann et al. 1998) und

³³ Vgl. z.B. Risse 1996; Sayle 1996; Blonski 1998; Kleibohm 1998; Mai-Dorn 1998; Reck-Hog/Klink 1998; Schmidt-Birk 1998; Seitz/Tews 1999; Becker et al. 2000.

andere Konzepte der *Selbstbewertung* von Pflegeeinrichtungen wie der ‚European Quality Award‘ der European Foundation for Quality Management (EFQM (vgl. Schönberg 2000: 27). Darunter ist das „Qualitätshandbuch Wohnen im Heim“ des KDA (Besselmann et al. 1998) hervorzuheben, das sehr differenziert und umfangreich angelegt ist (ca. 7.000 Fragen und Stichworte). Dieses Instrument geht von Fragen zu den Aktivitäten und Erfahrungen des täglichen Lebens (AEDL, nach Krohwinkel) und den dahingehend benötigten Hilfen aus. Ziel ist die Anleitung der *internen* Qualitätsverbesserung und insbesondere die Unterstützung von Pflegekräften bei der Förderung der Selbständigkeit und Selbstbestimmung der Heimbewohnerinnen und -bewohner. Eigener Anspruch des Handbuchs ist weniger die Defizitanalyse als die Erarbeitung von Optimierungsstrategien (Besselmann et al. 1998: 10). Anhand von 13 Lebens- und Handlungsbereichen³⁵ werden Dimensionen der Handlungsbereiche der Mitarbeiterinnen gegenüber gestellt: „Schaffung fördernder Rahmenbedingungen“, „Potentialerkennung“, „Prävention und Prophylaxe“, „Information und Beratung“ und „Hilfestellungen“. Damit entsteht eine Matrix, innerhalb der eine ganze Reihe spezieller Fragen gestellt werden, womit die Beschäftigten ihr Handeln überprüfen und verbessern lernen sollen (Besselmann et al. 1998: 24). Beim Fragenkatalog „Sich bewegen können“ (Abschnitt Potentialerkennung) wird z.B. danach gefragt, ob bei der Erfassung feinmotorischer Fähigkeiten der Bewohnerinnen die folgenden Bereiche berücksichtigt wurden: Art der Aktivitäten, Dauer, Häufigkeit, Ausdauer, Belastungsgrenzen. Daraus resultierend soll bei der Auseinandersetzung und durch Umformulierung der Frage in eine positive Aussage bereits die Anleitung zur Behebung eines Mangels mitgeliefert werden. Verwendet werden in diesem Handbuch, ähnlich wie beim im Kap. 2.2 oben aufgezeigten Instrument des MDK,³⁶ einfache Ja/Nein-Skalen, ergänzt um ein Feld, in dem die Notwendigkeit des Handelns angegeben werden kann. Trotz der insgesamt großen methodischen Stringenz, der ausgezeichneten Differenziertheit, Ausführlichkeit und Transparenz des Instrumentes birgt die verwendete mangelnde Skalendifferenzierung den nicht unerheblichen Nachteil, dass bei den Mitarbeiterinnen ein ‚Abhaken‘ und unter dem Druck sozialer Erwartungen ein ‚Selbstbelügen‘ droht, so dass vermutlich erst in gra-

³⁴ Klie (2001: 20) schätzte Ende 2000 den Markt der Zertifizierer im Deutschen Heimwesen auf insgesamt 7000 Prüfer.

³⁵ „Kommunizieren können“, „Sich bewegen können“, „Sich pflegen können“, „Vitale Funktionen aufrechterhalten können“, „Essen und trinken können“, „Ausscheiden können“, „Sich kleiden können“, „Ruhenschlafen und sich entspannen können“, „Sich beschäftigen, lernen und sich entwickeln können“, „Sich als Frau oder Mann fühlen und verhalten können“, „Für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen können“, „Soziale Bereiche des Lebens sichern und gestalten können“, „Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen können“

³⁶ Dieses weist in seiner neuesten Version erkennbare Ähnlichkeiten zum KDA-Handbuch auf, wobei das MDK-Instrument deutlich weniger umfangreich ausfällt.

vierenden Fällen vor sich und anderen ein ‚Nein‘ angegeben wird.³⁷ Zu beachten gilt hier, aber auch bei allen anderen internen Qualitätssicherungsmaßnahmen, dass abhängig Beschäftigte einer Firma als mehr oder weniger hierarchische Organisation, etwa in Qualitätszirkeln, einem großen Druck sozialer Erwartungen unterliegen. Diese Gefahr der Antwortverzerrung verringert sich z.B. bei einer anonymen Befragung deutlich und stellt sich bei einer Untersuchung durch externe Organisationen wiederum anders. Insofern wäre die Kombination und der systematische Vergleich von internen und extern vorgenommenen Einschätzungen geboten. Grundsätzlich sollte aber mittels differenzierter Skalen und auch durch die Vorgabe der Antwortkategorie „weiß nicht“ den Mitarbeiterinnen Gelegenheit gegeben werden, die ‚feinen Unterschiede‘ und Abweichungen vom Idealzustand auch weniger offensichtlich oder in einer sozial eher akzeptierten Form kenntlich zu machen,³⁸ womit wiederum im Zeitablauf weitere Potentiale für die Qualitätsentwicklung genutzt werden könnten. Schließlich ist am KDA-Handbuch wie oben bereits vermerkt zu bemängeln, dass in den Ausführungen zur Potentialerkennung lediglich ein kurzer Hinweis auf Assessment-Instrumente wie das RAI in der Einführung erfolgt, ohne dass deutlich wird, inwiefern solche Instrumente in das Handbuch integriert wurden (Besselmann et al. 1998: 21):

„Im Rahmen einer Potentialerkennung sollten, bevor ‚Hand angelegt‘ wird, Erkenntnisse darüber gewonnen werden, was die Bewohnerinnen (noch) können, was sie sich wünschen und welche Bedürfnisse sie haben. Dies gilt nicht nur für pflegerische, sondern auch hauswirtschaftliche Fragen. Eine Potentialerkennung setzt den Einsatz von standardisierten Instrumenten, z.B. des Resident Assessment Instrument (RAI) voraus, was allerdings heutzutage noch in den wenigsten Einrichtungen gemacht wird. Unbedingt erforderlich sind aber auf jeden Fall eine gute Pflegedokumentation und Pflegeplanung. In Ergänzung zu standardisiert erfassten Beobachtungen und Informationen sollten Pflegefachkräfte jedoch in der Lage sein, genau zu beobachten und sich in den Lebens- und Erfahrungswelten der Bewohnerinnen ‚einzufühlen‘ (Empathie). Geschieht dies nicht, so besteht die Gefahr, dass die Förderung von Selbstbestimmung und Selbständigkeit schon im Ansatz scheitert.“

Allerdings muss dem wiederum entgegen gehalten werden, dass im KDA-Handbuch bei den einzelnen Problembereichen, wie z.B. im Fragebereich „Sich bewegen können“ und hier zur Dekubitusprophylaxe, in vorbildlicher Art und Weise auf pflegewissenschaftliche Erkenntnisse und Standards abgezielt und hingewiesen wird (unter Angabe weiterführender Literatur), auch im

³⁷ Zum methodischen Problem der Beantwortung von Fragen im Sinne sozialer Erwartungen und den damit verbundenen Verzerrungen siehe z.B. Schnell/Hill/Esner 1992: 363 f.

³⁸ Dieser Ansatz wurde z.B. von Roth (2001) in einer Untersuchung zur Qualität in der ambulanten Pflege bei der Befragung von Pflegekräften verwandt, wo in der Regel eine sechsstufige Skala, ergänzt um die Angabe „weiß nicht“ zum Einsatz kam. Gerade diese zuletzt genannte Residualkategorie zeigte ihre besonders produktive Wirkung, indem z.B. Qualitätsmängel hier ‚versteckt‘ sein konnten, wenn etwa zur Führung der Pflegedokumentation oder zur Qualifizierung der Neutralität der Erstberatung „weiß nicht“ angegeben wurde, was jeweils als klarer Mangel gewertet werden kann.

Hinblick auf die Potentialerkennung. So wird im hier gewählten Beispiel u.a. nach dem Einsatz einer modifizierten Norton-Skala (nach Bienstein et al. 1997) gefragt. Allerdings fehlt eben die dahingehende *differenzierte bewohnerbezogene* Skalierung und Bewertung der Anwendung sowie daraus resultierend die outcome-orientierte Messung, auch im Zeitablauf. Insofern wäre abschließend die dahingehende Weiterentwicklung und *Evaluation* des ansonsten überwiegend hochwertigen Instrumentes zu empfehlen. Darüber hinaus wäre grundsätzlich zu beachten, dass die wie dargestellt problematische Selbstbeurteilung durch *externe* Beurteilungen ergänzt wird, was allerdings für alle rein internen Qualitätssicherungsverfahren gilt.

Diese Kritik gilt auch für das „Selbstbewertungssystem für stationäre Einrichtungen der Altenhilfe“, an dem das Fraunhofer-Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation beteiligt war (vgl. Cook/Klein 1997) und das in Zusammenarbeit mit britischen Organisationen und auf dem EFQM-Modell aufbauend entstand.³⁹ Dieses für die Altenhilfe angepasste Instrument beruht auch auf dem Ansatz des TQM. Es enthält 12 Elemente unter Orientierung am Leistungsprozess mit jeweils 10 Fragen, mit denen überprüft werden soll, inwiefern bestimmte von Fachleuten aus der Praxis der EFQM entwickelten Standards erreicht werden. Drei Bereiche (Politik und Strategie, Personalführung, Prozesse) beziehen sich auf die Qualität der Führung, Planung und Organisation des Heimes, sieben Elemente haben die Qualität der Dienstleistungen für die Bewohner selbst zum Gegenstand: Bewertung und Planung (u.a. Berücksichtigung individueller Bedürfnisse, Pflegeplanung), bauliche Standards (u.a. Berücksichtigung von Privat- und Intimsphäre), Pflegepraxis (auch: Kontrolle der Qualität unter Orientierung an anerkannten Standards), Informationspolitik (auch der Mitarbeiter), Therapieangebote, Unterstützung individueller Bedürfnisse, hauswirtschaftliche Leistungen (auch: Wahlmöglichkeiten der Bewohner). Auch bei diesem Instrument soll mit der Selbstbewertung (in Gruppen) eine kontinuierliche Verbesserung der Leistungsqualität in Gang gesetzt werden. Dieses Konzept wurde in einem vom Fraunhofer-Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation wissenschaftlich begleiteten Projekt des Sozialministeriums Baden-Württemberg in 8 Einrichtungen getestet. Wie bei anderen vorwiegend auf die Wünsche der Praxis hin entwickelten Instrumenten steht hier die Einfachheit und Überschaubarkeit sowie die Akzeptanz durch die Pflegekräfte im Vordergrund. Entsprechend müssen Abstriche bei der Differenziertheit und dem wissenschaftlichen Anspruch in Kauf genommen werden, weshalb auch Gebert/Kneubühler (2001: 374) diesbezüglich zum Fazit gelangen, dass damit vor

³⁹ http://www.efqm.org/new_website/; <http://www.deutsche-efqm.de/>

allem ein Einstiegsinstrument vorliegt für Institutionen, die sich bisher noch wenig mit Qualitätssicherung und –förderung befasst haben.

Eine Verbindung externer und interner Qualitätssicherung stellt das Verfahren *SIESTA* (Standardisiertes Instrumentarium zur Evaluation von Einrichtungen der stationären Altenhilfe) dar (vgl. Berger 1997; Berger/Gerngroß-Haas 1997). Dessen Grundidee ist, dass ausgehend von einer Analyse des Ist-Zustandes, der mit einem als optimal angenommenen Soll-Zustand verglichen wird, die Qualitätsentwicklung angeregt werden soll, nach dem Motto: „Qualitätsmanagement ohne eine umfassende und detaillierte Qualitätsdiagnose ist ein Kunstfehler“ (Endruweit et al. 1998: 21). Gestützt auf Leitbildern oder Leitwerten, wie z.B.: Erhaltung, Förderung und Wiedergewinnung von Selbständigkeit, Privatheit, Würde, Wahlfreiheit, Sicherheit, Selbstverwirklichung der Bewohner, werden angeblich fachwissenschaftliche Qualitätsstandards als ‚Meßlatte‘ zugrunde gelegt, in der beispielhaften Anwendung und den dokumentierten Auswertungen werden diese jedoch nicht ersichtlich, wenn Vergleiche zu den Werten anderer Einrichtungen (jeweils die beste und schlechteste) hergestellt werden (vgl. Endruweit et al. 1998). Mittels von den Adressaten in Zusammenarbeit mit den durchführenden Forschern ausgefüllten standardisierten Erhebungsbogen werden in vier Modulen (A-D) verschiedene Aspekte der Pflegequalität erfragt. Dabei werden unterschiedliche, aber überwiegend möglichst differenzierte Skalen verwendet. Die ersten beiden Module (A u. B) richten sich an die Leitungen und erfassen den Bereich Bau und Technik (45 S.) sowie die Konzeption und Organisation (54 Seiten, ca. 1300 Items); Modul C mit insgesamt 17 Seiten richtet sich an die Mitarbeiterinnen in der Pflege und deren Arbeitssituation, es erfasst u.a. folgende Aspekte: Betriebsklima, Verantwortlichkeit in der Arbeit, Rückmeldungen, Beanspruchungserleben, Arbeitszufriedenheit, Einstellungen zur Pflege alter Menschen. Schließlich richtet sich Modul D an die Bewohnerinnen und Bewohner sowie deren Angehörige und es fragt nach der Beurteilung der wesentlichen Dienstleistungen, der Zufriedenheit und subjektiven Lebensqualität. Die so gewonnenen Daten werden mit Hilfe eines speziellen EDV-Programms ausgewertet und sie bilden die Grundlage eines Berichtes, der in verschiedenen Indikatoren die Stärken und Schwächen der Einrichtungen darstellt. Dazu werden in erster Linie Diagramme verwendet, worin die besten und schlechtesten sowie die eigenen Werte der Einrichtungen erkennbar werden. Im Anschluss an diese Ist-Analyse sieht *SIESTA* Aspekte des TQM vor, wobei zur konkreten Umsetzung der Qualitätsverbesserung der Einsatz des KDA-Handbuchs vorgeschlagen wird.

Auch SIESTA ist ungeachtet des überwiegend erfolgreichen Bemühen um die Wahrung eines hohen methodischen Anspruchs vorzuwerfen, noch nicht ausreichend evaluiert worden zu sein (vgl. Schnabel/Schönberg 1998: 50-53). Eine erste regionale Anwendung und Dokumentation liegt aus Baden-Württemberg vor, wo 10 Einrichtungen mit dem Instrument analysiert wurden, allerdings bleibt dabei offen, ob Tests auf Reliabilität und Validität des Instruments durchgeführt wurden. So findet sich dort lediglich der Hinweis auf eine zukünftige umfassende wissenschaftliche Dokumentation des Instruments (vgl. Berger/Gerngroß-Haas 1999: 162). Positiv ist festzuhalten, dass die Transparenz und methodische Qualität des Verfahrens dennoch insgesamt sehr hoch ist, dass differenzierte Skalen verwendet und damit entsprechende Qualitätsaussagen möglich werden, schließlich, dass Angehörige in die Qualitätsprüfung einbezogen werden, ohne dass naiv ‚Zufriedenheit‘ von Bewohnern mit dem Effekt sehr positiv verzerrter Werte abgefragt wird. Jedoch gilt aber auch für SIESTA, dass kein differenziertes bewohnerbezogenes Assessment vorgesehen ist, womit die objektive Messung der Ergebnisqualität grundsätzlich eingeschränkt ist. Insgesamt lässt sich zudem sagen, dass bei diesem Instrument die Strukturqualität ein zu großes Gewicht hat und die Messung der Prozess- und Ergebnisqualität zu kurz kommen.

2.4 Die Einbeziehung der Sicht der Bewohner

Ein zentrales Element der Qualitätssicherung und –messung stellt die Einbeziehung der Sicht von Bewohnern, Patienten oder ‚Kunden‘ dar, was in neuerer Zeit auch in Deutschland immer häufiger Gegenstand vorwiegend konzeptioneller Beiträge ist.⁴⁰ Auch dazu kam der Anstoß aus den USA, wo die Forschung erneut methodisch anspruchsvoller und fortgeschritten ist.⁴¹ Viele sehen in der ‚Patienten- oder Bewohnerorientierung‘ den Schlüssel zur Qualitätsmessung (Kane 1995; Coleman 2000). Diese Ausweitung des Fokus der Qualitätssicherung in der Pflege war dringend nötig, denn lange dominierten hier alleine Strukturaspekte, erst später und vereinzelt

⁴⁰ Ausführlich zu den empirischen Ergebnissen siehe Kap. 3.1.4. Die folgenden Beiträge sind konzeptionelle und empirische: Aust 1994; Blum 1997; Degenholtz et al. 1997; Knäpple/Danner 1997; Knäpple et al. 1997; Schäffer 1997; Tepe 1997; Verbraucherzentrale Hamburg 1997; Dücker 1998; Faigle/Knäpple 1998; Markus 1998; Tinnefeld 1998; Fowler et al. 1999; Berger/Gerngroß-Haas 1999; Applebaum et al. 2000; Cofer 2000; Cohen-Mansfield et al. 2000; Coleman 2000; Geron et al. 2000; Knäpple et al. 2000; Kruzich 2000; Maslow 2000; Müller/Thielhorn 2000; Schönberg 2000; Sixma et al. 2000; Soberman et al. 2000; Uman et al. 2000; Büssing/Glaser 2001; Gebert/Kneubühler 2001; Wingenfeld/Schaeffer 2001.

⁴¹ Noelker et al. fanden bei einer Internet-Recherche 7,9 Mio. Treffer auf die Anfrage zu „nursing home satisfaction surveys“ (Maslow 2000: 754). Ebenso wird in den unten eingehend dargestellten amerikanischen Ansätzen der Qualitätsbeurteilung mithilfe von RAI der ‚patient view‘ berücksichtigt.

wurden Prozesse und eben in neuerer Zeit verstärkt die Ergebnisse mit der Sicht der Patienten oder Bewohner berücksichtigt (vgl. Crawford 2000). Die Gefahren einer Entmündigung von Bewohnern durch die Institution Pflegeheim sind ebenso wie die negativen Konsequenzen einer übermäßigen Hilfe längst bekannt und naheliegend, nämlich der Verlust der Selbständigkeit und damit Selbsterhaltung in allen Lebensbereichen, was auch zum vorzeitigen Ableben führen kann. In diese Richtung weist der folgende Befund aus den USA: Hier wurde anhand einer Population von 7.527 Personen statistisch nachgewiesen, dass die Sterbehäufigkeit in Pflegeheimen um 96% höher war als bei Betagten, welche grundsätzlich die gleichen statistisch erfassten Merkmale aufwiesen, aber nicht in ein Pflegeheim überwiesen worden waren; dieses bezog sich auf eine Beobachtungszeit von 1984 bis 1991. Wohlgermerkt hatte keine einzige mit dem *gesundheitlichen* Status verbundene Variable eine statistische Beziehung zum vorzeitigen Ableben und bis heute liegt keine Kritik vor, welche an diesem Resultat zweifeln ließe (Gebert/Kneubühler 2001: 93 f.).

Infolgedessen müssen alle ernstzunehmenden Instrumente der Qualitätsmessung und -sicherung die Sichtweisen von Bewohnern mit Qualitätskriterien erfassen wie: Gewährleistung der Privatsphäre, Würde, Unabhängigkeit, Wahlfreiheit, Rechtssicherheit, Selbstverwirklichung, Autonomie, Freiheit und Sicherheit, allesamt Prinzipien, die sich direkt aus den Grundsätzen der Menschenwürde ergeben (m.w.N.: Häussler/Szegan 1998: 25; vgl. Gebert/Kneubühler 2001: 261; vgl. Besselmann et al. 1998).⁴² Solche aus konzeptionellen Überlegungen abgeleiteten Kriterien werden übrigens auch von Bewohnern in Befragungen sehr hoch bewertet, wie gleich zu zeigen sein wird.

Der oft in der praxisorientierten Fachliteratur zu vernehmende schlichte Schluss, es zähle im Hinblick auf die Bewertung der Pflegequalität und zur Wahrung der ‚Kundenorientierung‘ *alleine* die Befragung von Bewohnern,⁴³ ist indes irreführend. Denn das systematische Erkennen und Einschätzen individueller Bedürfnisse und Potentiale von Pflegebedürftigen und die umfassende Qualitätsbewertung der Pflege ist eine umfassende und komplexe Aufgabe, wofür spezielle Qualifikationen und entsprechende wissenschaftliche Instrumente benötigt werden (vgl. Niehörster et al. 1998; Häussler/Szegan 1998). So setzt insbesondere die Bewertung des Pflegeprozesses

⁴² Vgl. auch die Sichtung der Instrumente der Qualitätssicherung im Hinblick auf die Entwicklung „verbraucherorientierter Qualitätskriterien“ durch Schönberg (2000). Ferner haben einzelne Verbraucherzentralen Pflegeverträge einer Prüfung unterzogen und Vorgaben im Sinne des Verbraucherschutzes formuliert. Vgl. z.B. Schütte 1996; Verbraucherzentrale Hamburg 1997.

⁴³ Dies suggerieren Titel wie: „Qualität ist was der Kunde dafür hält“ von Karotsch (1997).

oder die einzelner medizinisch-pflegerischer Aspekte (z.B. Dekubitusprophylaxe) einiges an Fachwissen voraus. Die Befragung von Patienten oder Kunden zu deren Bewertungen der Qualität der Pflege steht also zunächst vor dem Problem, dass die Kompetenzen zur Qualitätsbeurteilung oft primär beim Experten vermutet werden. Perspektiven und Urteile der Experten, aber auch von Stellvertretern (Familienangehörige, Freunde), stimmen aber nicht unbedingt mit den Wünschen und der Qualitätsbeurteilung der Patienten selbst überein und betonen andere Kriterien (vgl. Gebert/Kneubühler 2001; Kruzich 2000; Soberman et al. 2000).⁴⁴ So muss der Wunsch von Bewohnern oder Patienten aber auch nicht ihrem eigenen Wohl dienen und die Anordnungen oder Ratschläge der Experten oder Familienangehörigen können auf den Widerstand der Pflegebedürftigen stoßen, wobei das Problem der eingeschränkten Wahrnehmungs- und Urteilskraft kognitiv beeinträchtigter Pflegebedürftiger erschwerend hinzu kommt. Das zuvor Gesagte gilt z.B. für die Aktivierung zur Erhaltung der Mobilität, die auf der Basis einer professionellen Abwägung von Risiken (z.B. Sturzrisiko) und Chancen (Autonomie) vielleicht nur unter Überwindung von Angst, Bequemlichkeit oder Resignation der Pflegebedürftigen möglich ist (vgl. Coleman 2000).

Als grundsätzliches Problem stellt sich weiter, dass selbst die beste Pflege nicht unbedingt das Leben verlängert, physische sowie mentale Fähigkeiten, das Befinden oder die Zufriedenheit der Patienten in gewünschtem Maße verbessert, zumal die Population der Pflegebedürftigen heterogen ist (vgl. Weissert 1991, zit. nach Coleman 2000; Kane 1995; Coleman 2000; Geron et al 2000).⁴⁵ Dann muss berücksichtigt werden, dass Pflege im Gegensatz zur Medizin zu einem großen Teil den Charakter von „low tech“ hat und häufig von gering ausgebildeten Personen oder von solchen mit unklaren professionellen Standards und Qualifikationen ausgeübt wird (Applebaum et al. 2000: 21; Geron et al. 2000: 259). Angesichts der dominanten Präferenzen der meisten Pflegebedürftigen für die familiäre und häusliche Pflege sowie die hohe Bedeutung von Selbstbestimmung und Freiheit (z.B. des Tagesablaufs; Respekt vor der Privatsphäre)⁴⁶ stehen professionelle Pflegekräfte und Pflegeinstitutionen vor Problemen der Akzeptanz und Zielkonflikten, auch vor dem Hintergrund gesellschaftlicher, kultureller und ökonomischer Rahmenbedin-

⁴⁴ Insofern ist der Schluß von Berger/Gerngroß-Haas (1999), im Rahmen von SIESTA lediglich Angehörige als Stellvertreter zur Sichtweise der Bewohner zu befragen, problematisch für die Gesamteinschätzung der Pflegequalität. Auch ist durchaus nicht richtig, global anzunehmen, Angehörige wären ‚verzerrungsärmer‘ zu befragen. Hier ist vielmehr davon auszugehen, dass lediglich andere Verzerrungen durchschlagen als bei den Bewohnern.

⁴⁵ Geron et al. (ebenda: 260) betonen, dass die Zufriedenheit gesellschaftlicher Minoritäten meist nicht gesondert erfasst werde.

⁴⁶ Für die USA: Degenholtz et al. 1997; ähnliches gilt für Deutschland, vgl. Müller/Thielhorn 2000.

gungen. Zudem können die Interessen verschiedener Bewohner, Beteiligter und Gruppen in Konflikt geraten, so dass Pflegeheime und Pflegekräfte vermitteln müssen.

Doch auch dafür ist es zunächst einmal wichtig zu wissen, was die relevanten Qualitätskriterien aus der Sicht der Klienten sind und was deren Zufriedenheit beeinflusst (vgl. Applebaum et al. 2000: 9 f.). Genau dieses können aber offenbar auch Experten und Pflegekräfte, die im täglichen Umgang mit ihren Klienten sind, oft nicht zureichend beurteilen, wie Soberman et al. (2000: 33) auf der Basis diverser empirischer Erhebungen berichten. Ähnliches gilt für die Familienangehörigen, die signifikant andere Items als wichtig für die Bewohner und die Pflegequalität erachten als diese selbst, so dass auch diese nicht unbedingt als Ersatz für die direkte Befragung von z.B. demenzten Bewohnern herangezogen werden können (Soberman et al. 2000: 36). So weisen Applebaum et al. (2000: 9) darauf hin, dass Familienangehörige meist eher mehr Pflege und Sicherheit für die Pflegebedürftigen wünschen als diese selbst. Es ist aber auch der umgekehrte, aus finanziellen oder persönlichen Motiven motivierte Impuls von Familienangehörigen denkbar. Kruzich (2000: 87) nennt Untersuchungen, wonach Familienangehörige die Pflege überwiegend positiver beurteilen als die Pflegebedürftigen selbst, wobei signifikante Unterschiede bei der Einschätzung einzelner Items zu verzeichnen waren. Bemerkenswert ist auch, dass Familienangehörige, die das Heim und den Patienten häufiger besuchen, dazu neigen, die Pflegequalität signifikant schlechter zu beurteilen, als dies Angehörige tun, die das Heim seltener besuchen (Collier et al. 1994, zit. n. Gebert/Kneubühler 2001: 271 f.).

Deshalb ist besonders kritisch, wenn kognitiv beeinträchtigte Pflegeheimbewohner bei Befragungen ausgeschlossen werden oder lediglich Stellvertreter befragt werden. Bemerkenswert ist hier insbesondere der erstaunliche Umstand, dass in den bisher allerdings nur wenigen Erhebungen die Urteile kognitiv beeinträchtigter Bewohner und nicht Beeinträchtigter *nicht* signifikant unterschiedlich ausfielen, was aber auch an der Überforderung aller Bewohner durch die jeweilige Befragung gelegen haben könnte (vgl. Soberman et al. 2000: 33; 45). Die systematische, methodisch kontrollierte Erhebung der Zufriedenheit und Qualitätsbeurteilungen der Pflege auch bei kognitiv eingeschränkten Heimbewohnern scheint vor dem Hintergrund steigender Zahlen von Heimbewohnern mit kognitiven Einschränkungen dringend geboten, ist jedoch nur sehr erschwert möglich und erst in der Entwicklung (vgl. Uman et al. 2000; vgl. Maslow 2000).

Die Zufriedenheit und Qualitätsbeurteilung durch die Pflegebedürftigen werden grundsätzlich von deren multidimensionalen und vielfältigen *Erwartungen* bestimmt (vgl. Applebaum et al. (2000:

18 f.). Bei den Erwartungen der Klienten gilt aber zu berücksichtigen, dass diese selbst ebenso wie die Äußerungen von Zufriedenheit und Unzufriedenheit unübersichtlich, schwer vom aktuellen subjektiven Befinden zu trennen und widersprüchlich sein können (vgl. Wingenfeld/Schäffer 2001). Ein schneller Kurzschluss von Zufriedenheit auf die Qualität der Pflege sollte jedenfalls vermieden werden (vgl. Gebert/Kneubühler 2001: 263). Daraus resultiert, dass Bewohner in die Entwicklung von Instrumenten zur Bewohnerbefragung unbedingt einbezogen werden sollten, damit gewährleistet ist, dass die relevanten Kriterien ausgewählt werden (Applebaum et al. 2000: 21). Eine erste Voraussetzung bei der Durchführung von Bewohnerbefragungen ist, dass klar definiert wird, was gemessen wird und welche Fragen zuverlässig für welches Konstrukt (Lebensqualität, allgemeine Zufriedenheit, Zufriedenheit mit der Pflege oder einzelne Qualitätsaspekte der Pflege) stehen können (vgl. Kruzich 2000: 80 f.). Eben diese theoretischen und methodischen Grundlagenarbeiten werden offenbar häufig nicht durchgeführt, auch weil viele Instrumente ad hoc für partikuläre Untersuchungen oder für programmatischen Zwecke konzipiert wurden, deren vergleichende Anwendung im größeren Stil ausblieb (Geron et al. 2000: 259, 260). Insofern ist die zunächst auf Tiefeninterviews und einer Arbeit mit Fokus-Gruppen basierende methodische Entwicklung relevanter Dimensionen der Qualitätsbeurteilung aus der Sicht der Patienten mit dem darauf aufbauenden großflächigen Feldtest durch geschulte Interviewer (mit Befragungen von Patienten und Case Managern) z.B. durch Geron et al. (2000) wegweisend, die auch multivariate Analysen sowie Tests auf Reliabilität und Validität der verwendeten Instrumente verwandten.⁴⁷ Ebenso ist auf die deutschsprachige Arbeit von Gebert/Kneubühler (2001) hinzuweisen, die sowohl Ergebnisse internationaler Forschungen als auch praktische Hinweise zur Durchführung von Bewohnerbefragungen liefert.⁴⁸

Die Bewertung der Qualität der Pflege aus der Sicht der Bewohner bezieht sich vorliegenden *empirischen* Erhebungen zufolge meist auf einen breiteren Rahmen als nur auf die unmittelbare Pflege, d.h. vor allem auf die *persönliche* Einschätzung der Pflegepersonen und der *Beziehung* zu diesen (vgl. Kruzich 2000: 79). Eine überragende Bedeutung haben Kriterien, die einen direkt erkennbaren Einfluss auf die subjektive Lebensqualität der Bewohner haben, wobei die Möglichkeit der *Selbstbestimmung* (z.B. über Zeiten) und persönliche Beziehungen zum Personal besonders wichtig sind, darunter: Freundlichkeit, Höflichkeit, Respekt, Nettigkeit, Sauberkeit, Vertrau-

⁴⁷ Ähnlich Soberman et al. (2000) u. s. den Überblick der dazu vorliegenden Forschung bei Kruzich (2000).

⁴⁸ Ausführliche Anleitungen zur Durchführung von Bewohnerbefragungen und zu den nötigen methodischen Aspekten siehe bei Cohen-Mansfield et al. 2000 und Applebaum et al. 2000.

enswürdigkeit, Sicherheit (vgl. Kruzich 2000; Soberman et al. 2000).⁴⁹ Ähnlich führen Gebert/Kneubühler (2001: 272) basierend auf Literaturlauswertungen die folgenden allgemeinen Qualitätsmerkmale aus der Sicht der Bewohner an: Wahrung der *Autonomie* (verstanden als Entscheidungsfreiheit und Kontrolle über diese Entscheidungen und deren Resultate), *Empathie* (verstanden als Fähigkeit zur gedanklichen Einnahme der Perspektive des andern in der Kommunikation), *Privatsphäre* (verstanden als Respekt vor räumlichen, sozialen und personalen Grenzen), *Sicherheit* (verstanden als Absehbarkeit von Strukturen und Prozessen sowie der Reaktionen anderer auf das eigene Verhalten) und *Akzeptanz* im Heim. Uman et al. (1992; zit. nach Gebert/Kneubühler 2001: 272) nennen weitere Kriterien der Kommunikation, Gesellschaft, Essen und Umgebung sowie Hilfe und Betreuung, wobei auch hier der Aspekt der Autonomie an erster Stelle steht.⁵⁰ Ungeachtet der nach wie vor nicht abschließend gelösten Problematik, die relevanten Qualitätskriterien aus der Sicht von Bewohnern von Pflegeheimen herauszufinden (vgl. Soberman et al. 2000: 45), gibt es eine Reihe weiterer methodischer Schwierigkeiten bei der Befragung von Klienten zur Qualität der Pflege.

Ein häufig diskutiertes methodisches Problem ist, dass Kritik von Pflegebedürftigen eher unterdrückt und oft nur sehr vorsichtig geäußert werde, d.h. dass die Zufriedenheitswerte durch den Einfluss *sozialer Erwartungen* und die Tendenz zur *affirmativen* Beantwortung nach oben verzerrt sind.⁵¹ Generell ist deshalb bei der Beurteilung der sehr häufig auftretenden sehr hohen Zufriedenheitswerte Vorsicht geboten (Coleman 2000). Nicht zuletzt sollte diesbezüglich auch die Ausschöpfungsquote beachtet werden, welche bei sinkenden Werten aller Wahrscheinlichkeit nach systematische Verzerrungen mit sich bringen dürfte (Aust 1994). Ein Bias aller Befragungen liegt

⁴⁹ Aus der Sicht der Patienten stehen auf der Liste der Qualitätskriterien für die ambulante Pflege an erster Stelle die Einhaltung von Zeiten, 2) die Fertigstellung der Arbeit, 3) die Zuverlässigkeit, 4) die Nettigkeit und Sauberkeit im Auftreten, 5) die Ehrlichkeit und Vertrauenswürdigkeit und 6) die Höflichkeit und der Respekt, so eine Untersuchung in den USA (Coleman 2000: 11). Überraschend fanden aber Geron et al. (2000: 263) den Faktor „continuity of care“ ohne wesentliche Faktorladung innerhalb der übrigen Dimensionen von 60 Items des Instrumentes House Care Satisfaction Measure (HCSM).

⁵⁰ Die überragende Bedeutung ‚weicher‘ persönlicher Merkmale bestätigt z.B. eine groß angelegte Befragung (n=9.053) von Bewohnern und Angehörigen von Pflegeheimen in den USA, die eine hohe Reliabilität und Validität der folgenden Items u. Dimensionen (ges. 28 Items, von ursprünglich 49 Items auf der Basis von Interviews und schriftlichen Befragungen) mit folgender Rangliste erbrachte (vgl. Mostyn et al. 2000): comfort/cleanliness, nursing care (u.a.: respect, satisfactory answers, courtesy, aber auch: „nursing staff seems to know what they are doing“), facility care and services (u.a.: resident given all care and services needed, if physician is needed, can one seen promptly, preferences respected by staff) und food services. Damit konnten immerhin 63% der Varianz der Gesamtbewertung ‚erklärt‘ werden. Das Kriterium, welches über alle Items die meiste Ladung hatte, war Freundlichkeit und persönliche Behandlung. Im übrigen waren alle Dimensionen in hohem Maße interkorreliert. Ähnliche Ergebnisse für nicht in Institutionen lebenden Älteren in den Niederlanden mit dem QUOTE-Elderly-Instrument siehe: Sixma et al. 2000.

⁵¹ Vgl. Geron et al. 2000; Göpfert-Divivier/Lauer 2001; Kruzich 2000; Wingenfeld/Schaeffer 2001.

aber auch bereits darin, dass Befragte allgemein dazu neigen, mit ja zu antworten, ohne Rücksicht auf den Inhalt von Fragen (Geron et al. 2000: 260). Die Verzerrung durch den Einfluss sozialer Erwartungen schlägt besonders in der Interviewsituation zu Buche, kann aber auch bei schriftlichen Befragungen nicht ausgeschlossen werden. Dabei muss beachtet werden, dass in der Regel eine enge Beziehung der Pflegebedürftigen zur Pflegeperson und eine Abhängigkeit zur Pflegeeinrichtung vorliegt, welche es erschwert, überhaupt Probleme gegenüber Dritten zu offenbaren. Dieses gilt verstärkt, wenn öffentliche Institutionen als Auftraggeber im Spiel sind, deren Aufsichtsfunktion im Hinterkopf ist. Von zentraler Bedeutung ist der Umstand, dass Patienten vermutlich stärker affirmativ antworten, wenn die Anonymität der Befragten und die Unabhängigkeit von seiten der durchführenden Institution nicht glaubhaft gemacht werden kann (Crawford 2000; Kruzich 2000).

Besonders dem Einfluss sozialer Erwartungen und der Tendenz zur Affirmation unterliegen offenbar *ältere* Menschen sowie Personen mit geringem *sozialen Status* und Frauen eher als Männer (Kruzich 2000; Geron et al. 2000; Müller/Thielhorn 2000). Hochaltrige Pflegebedürftige können aufgrund der Erschöpfung von Selbsthilfepotentialen und in Anbetracht des nahenden Todes unter Umständen einer „resignativen Harmonie“ unterliegen (vgl. Aust 1994; Müller/Thielhorn 2000). Pflege werde durch ihre bloße Präsenz als Entlastung und Bereicherung empfunden, solange eine aus der Sicht der Betroffenen tragfähige Pflegebeziehung erhalten bleibe, Individualität respektiert und Bedürfnisse nicht übergangen würden (Wingenfeld/Schäffer 2001: 144). Trotz dieser insgesamt gut belegten Hypothese nennen Müller/Thielhorn (2000: 77) auch davon abweichende Resultate, und ebenso fand Kruzich (2000: 85) gemischte Befunde. Andere Positionen sehen gerade die nachlassende Gesundheit und die dahingehenden Selbsteinschätzungen auch mit einer generell wachsenden Kritik an der geleisteten Pflege einher gehen (Geron et al. 2000: 266; Kruzich 2000: 85). Ebenso gibt es widersprüchliche Resultate hinsichtlich eines Zusammenhangs zwischen der Zufriedenheit von Pflegeheimbewohnern und dem funktionalem körperlichen Zustand der Patienten (gemessen an ADL-Skalen) (Kruzich 2000: 86). An dieser Stelle ist auch nochmals zu betonen, dass den allerdings wenigen vorliegenden Untersuchungen zufolge *keine* Beziehung zwischen kognitiven Beeinträchtigungen und der Zufriedenheit der Bewohner zu finden war (Kruzich 2000: 86; Uman et al. 2000).

Darüber hinaus weisen Geron et al. (2000) auf das methodische Problem hin, dass die häufig praktizierte Abfrage *globaler* Zufriedenheit der Vielfalt der Leistungen von Pflegeeinrichtungen nicht gerecht wird und verzerrte Ergebnisse liefert. Andererseits bringt u.U. gerade die Abfrage

globaler Zufriedenheit weniger durch Effekte der sozialen Erwartung verzerrte Antworten als differenzierte Fragen zu einzelnen Leistungen, bei denen die soziale Erwartung offensichtlich ist (vgl. Geron et al. 2000: 268). Auch dazu zeigen die vergleichend vorgenommenen Analysen beider Fragetypen gemischte Resultate (Geron et al. 2000), so dass erneut nicht ein ‚Königsweg‘ empfohlen werden kann, wie Gebert/Kneubühler (2001: 275) dieses diesbezüglich zugunsten einer alleinigen Anwendung differenzierter Items tun. So ergeben die Untersuchungen von Geron et al. (2000: 265) eine recht *hohe* Übereinstimmung zwischen den Werten der allgemeinen und den speziellen Dimensionen der Zufriedenheit. Jede einzelne Bewertung einer Leistung (z.B. hauswirtschaftliche Leistungen, Behandlungspflege etc.) scheint hier einen ähnlich gewichtigen Beitrag zur Gesamtbewertung und -zufriedenheit zu leisten, die Bewertungen einzelner Leistungen bleiben *ohne* großen verzerrenden Einfluss auf den Gesamtwert. Auch der *Kontext*, in dem einzelne Fragen stehen, scheint u.U. nicht ohne Einfluss auf die Beurteilungen zu bleiben: Wenn Erinnerungen von Detailproblemen wachgerufen werden, können diese darauffolgende allgemeine Zufriedenheitsaussagen beeinflussen und umgekehrt (Aust 1994: 37). Hier kann offen bleiben, inwiefern die Beeinflussung des Grades der geäußerten Zufriedenheit überhaupt durch den unmittelbar erlebten Kontext der Pflege gegeben ist, oder ob nicht weiter in der Vergangenheit liegende oder andere auch aktuelle persönliche Erlebnisse für das Urteil prägend waren (vgl. Müller/Thielhorn 2000: 78). Allerdings fanden Geron et al. (2000) *keine* signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Reihenfolge der Fragen, die an Pflegebedürftige und Angehörige oder Case Manager gestellt wurden. Ein weiterer Forschungsbedarf besteht schließlich auch hinsichtlich der Frage der Veränderung der Patientenpräferenzen im *Zeitverlauf*, wobei z.B. Degenholtz et al. (1997), allerdings in der ambulanten Pflege, signifikante Unterschiede zwischen Neu- und Altfällen feststellten: Danach messen Neufälle den Werten der Autonomie und Selbstbestimmung eine größere Bedeutung zu, wogegen Altfälle hier eher Einschränkungen hinnehmen zugunsten von Werten der Sicherheit.

Eine Möglichkeit, dem verzerrenden Einfluss sozialer Erwartungen zu entgehen, ist die, nicht nach der Zufriedenheit, sondern gleichermaßen nach Kritikpunkten im Heimalltag zu fragen, was auch Möglichkeiten von Tests auf Reliabilität und Validität der Instrumente ermöglicht. Allerdings weisen Gebert/Kneubühler (2001: 263) darauf hin, dass hier durchaus Widersprüche der Antworten zu erwarten sind, weil die kognitiven Zusammenhänge zwischen Äußerungen von Unzufriedenheit und Zufriedenheit nicht immer stringent sein müssen. Ungeachtet dessen ist von größter Wichtigkeit, jeweils eine möglichst genaue *Operationalisierung* anzustreben und im Hin-

blick darauf nach einzelnen konkreten Vorgängen und Verhaltensweisen zu fragen. Ein möglicher Ausdruck von Autonomie bemisst sich z.B. an Selbstbestimmung über Zeiten, weshalb das Item: „Entscheiden Sie selbst, wann Sie essen?“ verwendet werden kann, anstelle allgemeiner Fragen nach der Selbstbestimmung (vgl. Gebert/Kneubühler 2001: 272 f.; Soberman et al. 2000: 39 f.). Eine Konsequenz aus den Einwänden gegen Verzerrungen der Ergebnisse von Befragungen von Pflegeheimbewohnern wäre auch, sehr hohe Maßstäbe anzusetzen und bereits bei geringen Abweichungen zu Idealnoten „Konfliktpotential“ zu vermuten (vgl. Aust 1994: 33). Dieser Umstand spricht erneut für die Verwendung eher differenzierter Skalen, wenngleich der Aspekt der drohenden Überforderung der Befragten berücksichtigt werden muss. Deshalb könnten z.B. allgemein bekannte „Schulnoten“ probat erscheinen, Distanzen zu Idealnoten und Kritik auch moderat auszudrücken, z.B. mit einer Drei („Befriedigend“). In diesem Zusammenhang ist nochmals auf die Möglichkeit der Vorgabe der Antwortkategorie „weiß nicht“ hinzuweisen, womit in Einzelfällen Kritik oder die Nicht-Zustimmung zum Ausdruck gebracht werden kann. Auf die Möglichkeit, eine Bewertung zu vermeiden und auf die Angabe von Tatsachen zu rekurrieren, ein neutrales Gleichgewicht von positiven und negativen Items herzustellen, Varianten von Fragen, die in ähnliche Richtungen zielen, wurde bereits hingewiesen, wobei aber Grenzen der Komplexität und des Umfangs von Instrumenten beachtet werden müssen.⁵² Dieses gilt nicht zuletzt für die Formulierung der Fragen, die möglichst kurz und präzise sowie eindeutig sein sollte, damit die Verständlichkeit auch für kognitiv Beeinträchtigte gegeben ist.

Eine Frage ist schließlich die nach der grundsätzlichen Methode der Erhebung (z.B. Focus-Gruppen, Beobachtung, Messung durch Experten, Befragungen: face to face, telefonisch oder schriftlich, standardisiert nicht standardisiert). Jede Methode bietet Vor- und Nachteile (vgl. Crawford 2000), und im Idealfall sollten verschiedene Ansätze mit differenzierten Methoden kombiniert und mehrfach im Zeitablauf zum Einsatz kommen (vgl. Coleman 2000; Maslow 2000; Geron et al. 2000; Applebaum et al. 2000; Gebert/Kneubühler 2001). Während die persönliche Befragung besonders wegen möglicher Verzerrungen durch den Interviewer (Crawford 1999: 108) und meist geringer Fallzahlen eingeschränkt ist, birgt sie Vorteile hinsichtlich der Möglichkeit, durch Nachfragen eindeutige Antworten sowie ein vertieftes Verständnis komplexer Zusammenhänge zu erhalten, zumal pflegebedürftigen Menschen u.U. die Bedeutung der jeweiligen Fragestellungen näher erläutert werden muss. Zudem können nur damit, wenn überhaupt, kognitiv beeinträchtigte

⁵² Geron et al. (2000: 263 f.) fanden, dass der gemeinsame Gebrauch positiver und negativer Konnotationen den Grad der internen Konsistenz (gemessen an Cronbachs Alpha) etwas, allerdings nicht in kritischem Maße verrin-

demente Heimbewohner direkt befragt werden, wobei hier jedoch erst noch geeignete Instrumente entwickelt werden müssten. Der Schluss, „Written survey ist out“,⁵³ sollte hingegen nicht vorschnell gezogen werden, schon weil der Ausschluss von Interviewereinflüssen durch Schulungen begrenzt ist. Dagegen sind standardisierte schriftliche Befragungen gefeit gegen verzerrende Interviewereinflüsse, die Anonymität kann glaubhafter gewährleistet werden und eine für die Grundgesamtheit repräsentative große Zahl kann auf standardisierte und kostengünstige Art und Weise untersucht werden. Allerdings sind Einschränkungen meist durch geringe Rücklaufquoten und durch die ebenso trotz statistischer Verfahren nicht immer zu beurteilende Güte der Antworten hinzunehmen. Nachteile sind aber auch für telefonische Befragungen festzustellen, die ebenso in einer großen Zahl mit relativ geringem Aufwand möglich sind: Zwar ist der vielbemühte Bias zwischen Telefonbesitzern und Nichtbesitzern heute kaum mehr relevant, doch ist auch hier mit Verweigerungen und insbesondere bei der Befragung älterer Menschen mit systematischen Verzerrungen (z.B. bei körperlichen Beeinträchtigungen wie Hörproblemen) zu rechnen (vgl. Crawford 2000: 110). Ferner sind auch bei telefonischen Interviews Verzerrungen durch den Einfluss des Interviewers und die Angst vor der Missachtung der Anonymität möglich: Crawford (2000: 111) berichtet z.B. darüber, dass die Zufriedenheit bei schriftlichen Befragungen geringer ausfällt als bei telefonischen.

Zusammenfassend ist klar geworden, dass die Sichtweise von Bewohnern zur Pflegequalität nicht einfach naiv abgefragt werden kann, womöglich noch durch Einrichtungen selbst, deren Verbände, durch beauftragte Marktforschungsinstitute oder Unternehmensberater und mittels ad hoc entwickelter Instrumente. Derartige Instrumente sehen dann Items vor, wie: „Wie sind Sie zufrieden mit...“, ohne entsprechend im Einzelfall, d.h. anhand der Untersuchung nachgewiesene Methoden der empirischen Sozialforschung und differenzierte Kenntnisse der gerontologischen Forschung zu verwenden (vgl. das Fazit bei: Gebert/Kneubühler 2001: 263). Grundsätzlich sind bei Auftraggebern, die mit Anbietern, deren Verbänden und Finanziers von Pflegeleistungen in Verbindung stehen, Interessenskonflikte zu beachten, so dass wissenschaftliche Gütekriterien wie Objektivität, Validität, Reliabilität, Repräsentativität eingeschränkt sind. Schließlich ist ein Anspruch an Erhebungen, dass Instrumente und Methodik, ggf. auch Daten, weitestgehend offen gelegt werden. Vor diesem hier skizzierten Forschungsstand zur Einbeziehung der bewohnerbezogenen Qualitätsbeurteilung ist Deutschland noch Entwicklungsland. So werden z.B. Probleme

gert.

⁵³ So Gebert/Kneubühler 2001: 274, mit Bezug auf Schnelle et al. 1995.

wie die Verzerrung von Befragungsergebnissen durch den Einfluss sozialer Erwartungen oder die Validität und Reliabilität von Instrumenten in der Regel noch nicht einmal erörtert und die Diskussion internationaler Forschungsergebnisse dazu fehlt.⁵⁴

Einige Beispiele für die methodische Güte solcher Befragungen seien herausgegriffen. So belässt es Tinnefeld (1998: 10) bei seinen nur in dürren Grundzügen präsentierten Befragungen z.B. bei der wichtigen Frage, inwiefern die Beurteilungen der Pflegequalität von Experten und Bewohnern übereinstimmen, beim folgenden schlichten Statement:

„Im Rahmen von Untersuchungen zur Lebensqualität im Altenheim wurden bei einigen Befragungen gleichzeitig von Fachleuten differenzierte Schwachstellenanalysen durchgeführt. Beim Vergleich der Expertenurteile mit den Ergebnissen der Angehörigen- und Bewohnerbefragungen ergaben sich überraschend hohe Übereinstimmungen. Die Stärken und Schwächen in den Leistungsbereichen der Heime wurden von den Fachleuten, den Angehörigen und den Bewohnern sehr ähnlich eingeschätzt. Nach diesen Befunden erscheinen Vorbehalte, die den Angehörigen und Bewohnern grundsätzlich mangelnde Kenntnisse von der Materie unterstellen, wenig konstruktiv. Es spricht vieles dafür, die Urteile der Angehörigen und Bewohner sehr ernst zu nehmen und sie konsequent als Ausgangspunkt für heiminterne Fachdiskussionen und für die Formulierung von Arbeitsaufträgen zur Qualitätsoptimierung zu nutzen“.

Dass die Bewertungen durch Bewohner und Angehörige ohne Zweifel von zentraler Bedeutung für die Gesamtbeurteilung der Pflegequalität in Pflegeheimen sind, darf nicht darüber hinweg täuschen, dass in diversen Untersuchungen eben deren spezifische Sichtweise und die Diskrepanz zu Expertenurteilen belegt wurde, so dass Bewohner- oder Kundenbefragungen auch nur einen Teil zur Bewertung der Pflegequalität liefern können. Insbesondere müssen aber einige methodische Probleme wie die Verzerrung von Antworten im Sinne sozialer Erwartungen beachtet werden (vgl. z.B.: Gebert/Kneubühler 2001: 265 f.). Insofern hilft beim hier zitierten Hinweis auf „überraschend hohe Übereinstimmungen“ zwischen den Einschätzungen von Bewohnern und Experten, ohne aber darzulegen, wie diese Befunde zustande kamen und die zugrundeliegenden Daten zu benennen, nur der Glaube weiter. Ebenso gewagt ist z.B. der Hinweis von Binder (1998: 9), der bei einer Ausschöpfung von 48% der befragten Bewohner einer Einrichtung meinte, dass der Teilnehmerkreis immer noch so groß sei (n=40), dass die Ergebnisse als „repräsentativ für diese Einrichtung bezeichnet werden können“. Ähnlich argumentieren Cook/Klein (1997) mit einer als „repräsentativ“ angelegten Stichprobe⁵⁵ einer Befragung von

⁵⁴ Die fehlende methodische Transparenz und der fehlende Nachweis der Validierung von Instrumenten der Bewohner- oder Kundenbefragung in der Pflege gilt in aller Regel für die oben in Fußnote 40 zitierten deutschsprachigen Beiträge (vgl. z.B.: Cook/Klein 1997; Binder 1998; Faigle/Knäpple 1998; Tinnefeldt 1998; Knäpple/Hiniger-Riesterer 2000; Wijngaart/Ramakers 2001).

⁵⁵ Offen blieb die nähere Bestimmung des Kriteriums der Repräsentativität, sprich auf was sich diese bezog.

Heimleitungen und Heimbeiräten in Baden-Württemberg, wo von jeweils 200 Adressaten nur 15% der Heimleitungen und 20% der Heimbeiräte antworteten. Die dadurch möglichen systematischen Verzerrungen wurden dabei jedoch schlicht übergangen und nur durch den Hinweis kommentiert, dass diese zuerst genannte Quote nach den Erfahrungen des Fraunhofer IAO ein guter Rücklauf für eine betriebliche Stichprobe einer sozialwissenschaftlichen Untersuchung darstelle (Cook/Klein 1997: 19). Entsprechend finden sich in der genannten Befragung auch keine weitergehenden methodischen Überlegungen z.B. zu systematischen Verzerrungen durch den Einfluss sozialer Erwartungen usw. (vgl. auch: Knäpple/Hiniger-Riesterer 2000).

Einen vor diesem Hintergrund positiven Ansatz bietet hier z.B. das Instrument SIESTA, das an diesem Punkt noch einigermaßen transparent ist und bei dem hier diskutierte methodische Probleme der Befragung von Heimbewohnern zur Pflegequalität zumindest benannt werden (Berger/Gerngroß-Haas 1999), wenngleich die Validierung des Instrumentes, wie oben dargestellt, noch aussteht. Ebenso ist die dort enthaltene Annahme in Frage zu stellen, Angehörige könnten ‚verzerrungsfreier‘ über die Bewohnerperspektiven auf die Pflegequalität Auskunft geben, aber auch deren Favorisierung qualitativer Interviews kann durch die hier vorgestellten Forschungen angezweifelt werden. Die hier referierten überwiegend amerikanischen Grundlagenarbeiten wären also auch für Deutschland unbedingt geboten, schon weil nicht geklärt ist, inwiefern die daraus vorliegenden Befunde und die dort entwickelten Befragungsinstrumente interkulturell gültig und verwendbar sind. Wegweisend im deutschsprachigen Raum ist das Buch von Gebert/Kneubühler (2001: 261-276), wie dieses überhaupt insgesamt für die Entwicklung von Instrumenten der Qualitätssicherung in Deutschland grundlegend ist, weil es sowohl internationale Forschungsbefunde rezipiert als auch differenzierte praktische methodische Hinweise für die Entwicklung von Instrumenten der Bewohnerbefragung liefert.

2.5 Messung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität mithilfe von RAI

Vor allem in den USA wurden seit einigen Jahren vorbildliche Konzepte der Messung der Pflegequalität nicht nur unter Orientierung an Struktur- und Prozessqualität, sondern auch an der *Ergebnisqualität* oder dem ‚*outcome*‘ der Pflege erfolgreich entwickelt und großflächig getestet sowie eingesetzt. Auch dort waren Skandale und steigende Kosten wesentliche Auslöser für zahlreiche gesetzliche Reformen, die neben der Kostenbegrenzung auf die Qualitätssicherung in der

Pflege zielten. Ausgangspunkt war ein Gutachten mit einem dahingehenden Reformvorschlag des Nationalen Institutes für Medizin, das 1986 vorgelegt wurde (vgl. Hawes et al. 1997: 19 f.). Dieser wurde bereits 1987 mit dem „Omnibus Budget Reconciliation Act (OBRA) weitgehend realisiert, womit eine vergleichsweise rasche und wirkungsvolle, d.h. vorbildliche, Weichenstellung für die Qualitätssicherung erfolgte (Schnelle et al. 1997: 527).⁵⁶

Seit diesen Reformen wurde durch die oberste Health Care Financing Administration (HCFA) das „Resident Assessment Instrument“ (RAI) flächendeckend durchgesetzt. Kern dieses Instrumentes bildet die ständige Vorhaltung und Anwendung zahlreicher individueller Daten zum Zustand jedes Bewohners, das „Minimal Data Set“ (MDS), die mit Pflegeanweisungen und Pflegeplänen, den ‚Resident Assessment Protocols‘ (RAPs) gekoppelt werden als Voraussetzung einer umfassenden Qualitätsmessung (vgl. u.a. Schnelle et al. 1997).⁵⁷ Darauf basierend werden staatliche und interne Qualitätskontrollen sowie Kosten- und Abrechnungspläne mit Medicaid oder anderen staatlichen Finanzierungsprogrammen erstellt (Hawes et al. 1997: 22). Seit der Verabschiedung infolge der Reformen der HCFA wurden diese Instrumente weithin implementiert und erfolgreich getestet⁵⁸ sowie zahlreiche Analysen im Hinblick auf die Pflegequalität durchgeführt, auf die unten näher eingegangen wird.⁵⁹

Ausgangspunkt der Entwicklung von RAI war die Überlegung, dass für eine Verbesserung der oft als insuffizient anzunehmenden Pflegequalität zunächst deren möglichst objektive Messung in den verschiedenen Facetten (Struktur, Prozess und Ergebnis) eine Grundvoraussetzung darstellt.

⁵⁶ Das Gesetz sah Patientenrechte, Pflegekurse, Evaluation von Kompetenzen der Pflegekräfte, regelmäßige Kontrollen von Anbietern, Begutachtungsvorgaben, strengere Qualitätsmaßstäbe und Beschwerdestellen vor (Coleman 2000).

⁵⁷ RAI wurde bisher in 14 Sprachen übersetzt und in einigen Ländern erfolgreich getestet, so dass sich prinzipiell keine Zweifel einer interkulturellen Verwendbarkeit stellen (vgl. Hawes et al. 1997: 24). Vgl. für die deutsche Rezeption: Gilgen/Garms-Homolová 1995; Garms-Homolová 1996c; Gilgen/Weiß 1998; Garms-Homolová 1998, 1999; Garms-Homolová/Gilgen 2000; Anwendungen und Entwicklungen von Assessments in Großbritannien finden sich bei: Shepherd et al. 1996; kritisch: Johnson et al. 1999. In diesen Zusammenhang gehören auch systematische ‚Audit-Verfahren‘, wobei unter Vorgabe standardisierter Kataloge Qualitätsbeurteilungen durch geschulte Kräfte auch zur Qualitätsentwicklung genutzt werden können. So wurde z.B. in Großbritannien vom Royal College of Physicians of London ein Audit-System entwickelt und evaluiert; hier fanden wiederholte Audits in Großbritannien in 17 Pflegeheimen und 27 geriatrischen Tageskliniken in einem Intervall von sechs bis acht Monaten statt, wodurch recht zuverlässig Verbesserungen oder Verschlechterungen der Zustände und der Pflegequalität der Pflegebedürftigen ermittelt werden konnten (Brocklehurst et al. 1998).

⁵⁸ Insbesondere erfolgten zahlreiche Tests auf die Validität und Reliabilität der Einstufungen, die sowohl zwischen unterschiedlichen Berufsgruppen oder Qualifikationen als auch unterschiedlicher Sprachen oder kulturellen Umfeldern sehr hohe Werte der Zuverlässigkeit lieferten (vgl. z.B. m.w.N. Phillips et al. 1997).

⁵⁹ Vgl. Green 1989; Rantz 1995; Galias 1996; Jette et al. 1996; Arling et al. 1997; Smith et al. 1997; Shaugnessy et al. 1997 a und b; Rantz 1998a und b; Madigan/Anderson 1999; Rosen et al. 1999; Sloss et al. 2000; Tamiya et al. 2000.

Wesentliche *Ziele* des in einer breiten interdisziplinären Arbeitsgruppe am Institute of Medicine entwickelten und in zahlreichen Feldversuchen getesteten RAI waren infolgedessen die ‚*ganzheitliche*‘ Begutachtung der Bewohner, deren Rehabilitation und Prävention und die Erstellung von Pflegeplänen. Die Instrumente sollten ferner einheitlich, verständlich sowie funktional sein und auch von eher mittelmäßigen Kräften und Einrichtungen verwandt werden können; ferner sollten die Instrumente die Kommunikation und die Problemlösung zwischen multi-disziplinären Teams durch eine gemeinsame Sprache und ein gemeinsames Verständnis der Bewohner erleichtern; schließlich sollte eine zuverlässige Begutachtung auch bei verschiedenen Prüfern (Reliabilität) erreicht werden (Hawes et al. 1997: 20).

Als Grundlage des RAI dient eine methodisch kontrollierte Erfassung und Beobachtung der Zustände der Pflegebedürftigen, u.a. mit Hilfe von Skalen der Activities of Daily Living (ADL) und anderer Items zum Gesundheitszustand (auch: Dekubitus, psych. Verfassung, Inkontinenz, Gewicht, Blutdruck etc.). Diese Indikatoren bilden das Minimum Data Set, welches ca. 500 Items umfaßt. Entscheidend für den Erfolg von RAI dürfte neben vielen anderen Vorzügen jedoch sein, dass die Daten über den Zustand der Bewohner über eine Risiko- oder Fallgruppe an die konkrete Pflegeplanung und den Pflegeprozess (durch 18 „Resident Assessment Protocols“ (RAPs), aber auch an die Planung des Einsatzes von Ressourcen (durch die Bildung von „Resource Utilization Groups“) gekoppelt wurden. So liegen je nach Zustand und Klassifizierung der Bewohner *Handreichungen* für Interventionsformen, Pflegepläne und Ressourcen vor (vgl. Fries et al. 1997: 994). Mit dem Instrument wurden nahezu alle Pflegeheime und deren Bewohner in den USA erreicht; diese müssen bei der Aufnahme und danach mindestens einmal pro Jahr oder nach jeder signifikanten Veränderung des Gesundheitszustandes der Bewohner mit RAI begutachtet werden, woraus entsprechende Pflegepläne für jeden Bewohner laufend nach seinen Bedürfnissen geführt werden müssen, ergänzt durch vierteljährliches Assessment zur Qualitätsmessung und -kontrolle (vgl. Hawes et al. 1997: 20). Daraus folgt, dass bei Veränderungen der Zustände der Bewohner schnell vertiefende Begutachtungen und Änderungen in der Pflege vorgesehen sind, so dass die Pflegeprozesse und der outcome im Zeitablauf intern und extern sowohl kontrolliert als auch stark verbessert werden konnten.

Alle Pflegeheime, die für die Abrechnung mit Medicaid und Medicare zugelassen sind,⁶⁰ müssen in den USA zudem eine fachliche Leitung nachweisen und deren Anwesenheit mindestens acht

⁶⁰ Medicare ist die staatliche Krankenversicherung und Medicaid ein Programm für Bedürftige (dazu: z.B. Riekse/Holstege 1996; Hooyman/Kiyak 1996). In Medicare sind 97% der über 65-jährigen abgesichert (Kalisch et

Stunden pro Tag und sieben Tage die Woche sowie die Anwesenheit einer Pflegefachkraft rund um die Uhr nachweisen (Harrington et al. 2000a: 279). Darüber hinaus wurde mit den OBRA-Reformen vorgeschrieben, dass ausreichendes Pflegepersonal vorgehalten werden muss, um die größtmögliche Versorgung in allen Bereichen (physiologische, psychische, soziale, dentale, pharmakologische Versorgung, Diätversorgung, Rehabilitation etc.) zu gewährleisten, wobei jeweils Minimalstandards vorgegeben wurden (Harrington et al. ebenda). Diese Standards werden von vertraglich verpflichteten staatlichen Agenturen in allen lizenzierten Pflegeheimen ungefähr einmal pro Jahr (alle 9-15 Monate) kontrolliert, wobei zusätzlich weitere 179 Items und Standards in 17 Kategorien geprüft werden (darunter zahlreiche outcome-Items), die eben auf den Informationen des RAI aufbauen (Harrington et al. 2000a: 279). Wenn hier Defizite auftauchen, erfolgen vertiefende Betrachtungen sowie Kontrollen der Einrichtungen und Sanktionen. Die Defizite werden je nach Bewohnertypus und Fallgruppe insbesondere im ständigen Vergleich mit anderen Einrichtungen deutlich.

In einer *Bilanz* der Anwendung des RAI in den USA stellen Rosen et al. (1999: 37) fest: „Since the Institute of Medicine advocated the use of ‚resident centered, outcome-oriented measures‘ as indicators of good or poor quality of care in long-term care facilities, comparing resident outcomes across facilities has become the ‚quintessential‘ method of quality assessment. Decline in functional status, as measured by an individual’s loss of independence in activities of daily living (ADLs) over a period of time is considered to be one of the most meaningful outcomes for quality assessment in long-term care.“ Und: „Good care is not simply the absence of bad events; better facilities should be able to slow the rate of decline.“ (ebenda).

Dass sich dieser Umstand merklich verbesserte, zeigte die von 1990 bis 1993 andauernde Evaluation von RAI, deren Ergebnisse sich hinsichtlich der Verbesserung der Pflegeprozesse und deren Ergebnisse folgendermaßen zusammenfassen lassen.⁶¹

al. 1999: 100). Allerdings umfasst Medicare nur eine Grundversorgung mit fixen Fallbudgets, so dass ca. die Hälfte aller Pflegekosten über private Mittel (darunter nur ein Anteil von ca. 10% über private Versicherungen) bestritten werden. Jedoch werden seit neuerem private Pflegeversicherungen steuerlich begünstigt (Kalisch et al. 1999: 107) und fast alle älteren Amerikaner haben eine private Zusatzversicherung. Für Arme springt die der Sozialhilfe ähnelnde Medicaid im Falle der Pflegebedürftigkeit ein. Aufgrund der (zeitlichen und budgetären) Beschränkungen bei der Finanzierung der Heimpflege durch Medicare und weil die privaten Mittel für Heimpflege in der Regel angesichts enormer ungedeckter Kosten bald aufgezehrt sind, spielt im Falle der Heimpflege die Medicaid die wesentliche Rolle, die z.B. 1994 47% der gesamten Heimkosten bestritt (Feder et al. 1997: 425).

⁶¹ Es erfolgte ein Pre-Post-Vergleich der Prozeß- und Ergebnisqualität in 10 Bundesstaaten in 269 zufällig ausgewählten Einrichtungen Pflegeheimen und bezogen auf über 4000 Heimbewohner (Hawes et al. 1997: 22). Vgl. dazu auch den Review von Achterberg et al. 1999.

1. "Increase in the comprehensiveness and accuracy of the information available in residents' medical records;
2. Increase in the comprehensiveness of care planning, with care plans in the post-RAI period addressing a greater percentage of residents' health problems, risk factors and their potential for improved function;
3. Improvements in a wide array of other care processes that affect residents' quality of care and quality of life, including increased involvement of families and residents in care planning, increased use of advanced directives, increased use of behavioral management programs, increased involvement in activities and decreased use of problematic interventions, such as indwelling urinary catheters and physical restraints;
4. Significant reductions in decline among residents in such areas as physical functioning in ADLs, cognitive status and urinary continence;⁶² and
5. a significant reduction in the number of nursing home residents who were hospitalized, with no increase in mortality." (Hawes et al. 1997: 22)

Weiter berichten die Autoren darüber, dass die Einführung eines regelmäßigen Assessments offenbar nicht nur die physischen und psychischen Konditionen der Bewohner verbesserte, sondern auch eine Verminderung von vermeidbaren Heimaufenthalten mit sich brachte. Phillips et al. (1997: 17) zufolge sank auch die Rate der Krankenhauseinweisungen von 21% auf 15%, ohne Änderung der Mortalitätsraten, wobei die kognitiv beeinträchtigten Bewohner einen besonders starken Rückgang aufwiesen. Weitere positive Effekte waren demzufolge der Rückgang des Anteils fixierter Bewohner von 38% auf 28% (Phillips et al. 1997: 17; Mara et al. 1999: 238).

Darüber hinaus erwies sich RAI auch für die Betreiber von Pflegeheimen positiv, die im Vergleich zur früheren Praxis Probleme frühzeitig erkennen und ihre Pflegeplanungen sowie -abläufe optimieren konnten (Hawes et al. 1997: 23). Insbesondere galt dieses für die Zustände von Delirium oder Dehydration sowie Unwohlsein, allesamt Bereiche, in denen vor der Einführung von RAI typischerweise ungenügend diagnostiziert worden war (Hawes et al. ebenda). Auch das Pflegepersonal erkannte einer Untersuchung in fünf Staaten der USA zufolge das Minimum Data Set überwiegend als nützliches Instrument an. Ein Drittel der Beschäftigten konnte allerdings keine positive Wirkung von RAI für die Pflegequalität feststellen, ganz im Gegensatz zu den unten dokumentierten Auswertungen. Die Ursache für die Diskrepanz zwischen den ‚harten Fakten‘ und der Wahrnehmung eines doch nicht unerheblichen Teils des Pflegepersonals mag im folgenden Aspekt begründet sein: So klagte zwischen der Hälfte und zwei Drittel des Personals

⁶² Laut Phillips et al. (1997: 18) sank z.B. der ADL-Zustand bei 25,9% in der Gruppe vor der Einführung des RAI, dagegen lag dieser Anteil bei der Post-RAI-Gruppe lediglich bei 18,8%. Entsprechend lag der Anteil der Bewohner mit Verbesserungen im funktionalen Status bei der pre-RAI-Gruppe bei 9,5%, dagegen bei der post-RAI-

über die Zunahme von Schreiarbeit, wenngleich eben von diesen zum Teil auch die positive Wirkung für die Pflegequalität anerkannt wurde (vgl. Hawes et al. 1997: 23). Die Reserviertheit des Pflegepersonals gegenüber der, als der eigentlichen Aufgabe (der Pflege) gegenüber abträglich empfundenen, ‚bürokratischen Arbeit‘ unterstreichen auch andere Untersuchungen zur Umsetzung des RAI in den USA, die allerdings ebenso die überwiegende Einsicht des Personals in den Sinn und die Qualität des Assessment-Instruments unterstrichen. So befanden z.B. 78% der Nurses, dass ihre Fähigkeit, klinisch bedeutungsvolle Veränderungen bei den körperlichen Fähigkeiten der Bewohner zu ermitteln, durch das Assessment verbessert worden sei (vgl. Phillips et al. 1997: 16, 16 f.).

Offenbar gab es laut der ‚pre-post-Untersuchung‘ auch ein – wie die Zahlen induzieren durchaus nötiges – Lernen des Pflegepersonals bei der Durchführung der Beurteilungen (Ranking): Während 1990 nur 17,6% der Nurses eine 90%-Quote richtiger Befunde bei 23 Items im Bereich medical records erreichten, waren es 1993 bereits fast die Hälfte (48,6%) (Phillips et al. 1997: 16). Ähnliche Befunde zeigten sich auch in anderen Bereichen, z.B. beim Erkennen und der Berücksichtigung von Sturzrisiken im Pflegeplan, was 1990 lediglich bei 55,6% der Fälle, 1993 dagegen immerhin bereits in 77,2% der Fälle erfolgte (Phillips et al. 1997: 16). Dass die Fähigkeit zu einem zuverlässigen Assessment allerdings durchaus auch bei unterschiedlichen Qualifizierungen gegeben ist, zumindest dem Grundsatz nach, zeigt eine amerikanische Erhebung, welche kaum Abweichungen zwischen den Assessments von „nurse aides“ und „master’s prepared nurse practioners“ zutage förderte, unter Anwendung verschiedener Assessment-Instrumente (vgl. Hartig et al. 1997).

Eine fundamentale Kritik lieferte allerdings eine Untersuchung von Schnelle et al. (1997), die durch Verwendung unsichtbarer Marker herausfanden, dass entgegen der Einträge in Dokumentationen Bewohner oft nach wie vor fixiert wurden. Ebenso wiesen sie darauf hin, dass die Vorgabe von Pflegestandards zur Behandlung bei Inkontinenz bei fehlender Zeit und ohne Unterstützung zur Umsetzung von Richtlinien lediglich zur Steigerung von ‚paper compliance‘ nicht aber zur Verbesserung des outcome führen (ebenda).

Eine differenzierte *methodische* Kritik an einer derartigen vergleichenden Messung der Ergebnisqualität ist die, dass funktionale Verschlechterungsprozesse bei Patienten noch nicht hinreichend

Gruppe bei 12,9%, jeweils unter Kontrolle der Einflüsse des Ausgangsstandes und anderer Bewohnercharakteristika.

standardisiert erfasst wurden. Grundsätzlich besteht somit die Gefahr, dass Einrichtungen aufgrund bestimmter – wegen des Rasters oder der jeweiligen Messung nicht oder ungenügend erfasster – schlechter Risiken als qualitativ minderwertig klassifiziert werden oder dass eine minderwertige Performance nicht erkannt wird. Eine bisher kaum gelöste Problematik stellt auch die zusammenfassende Bewertung aller differenzierten Messungen der Pflegequalität dar (vgl. Kane 1998). Als methodische Voraussetzungen für eine derartige Qualitätsmessung müssen ungeachtet dessen folgende Bedingungen gelten (vgl. Porell/Caro 1998): a) sollte entweder ein erwünschtes oder unerwünschtes Pflegeergebnis gemessen werden;⁶³ b) das Ergebnis sollte durch die Pflege beeinflusst worden sein; c) die Messung sollte Patientenrisiken berücksichtigen, welche das Ergebnis beeinflussen, aber außerhalb des Einflusses der Pflegekräfte und -einrichtungen liegen; d) die Messung sollte auf eine ausreichend große Population gestützt werden und methodisch kontrolliert erfolgen; e) die Messung sollte über einen oder über mehrere ausreichend lange Zeitabschnitte erfolgen.

Allerdings wurden weitere Fortschritte verzeichnet bei der Bestimmung relevanter ‚outcome-Kriterien‘, wie auch die unten folgende Darstellung der daraus resultierenden Ergebnisse zeigen; so ermittelten z.B. Rosen et al. (1999) eine erstaunlich hohe Reliabilität des gemessenen outcome auch unter Verwendung unterschiedlicher ADL-Skalen (vgl. dazu auch: Zimmer et al. 1996). Jedoch war die Varianz in der Messung funktionaler Verluste und der Qualitätsbewertung einzelner Einrichtungen (Ranking) bei den verschiedenen getesteten Instrumenten – bei insgesamt hoher Konstruktvalidität und Reliabilität – *zum Teil* signifikant unterschiedlich (Rosen et al. 1999: 41). Sloss et al. (2000) ermittelten z.B. auf der Basis der Auswertung von Fachliteratur und Expertenbefragungen, ausgehend von 78 verbreiteten Gesundheitsrisiken älterer verletzlicher („vulnerable“) Pflegebedürftiger,⁶⁴ in einem methodisch kontrollierten Ranking-Verfahren eine Liste mit 21 Zielbereichen für die Qualitätsverbesserung und -messung. Für das Ranking waren folgende fünf Kriterien leitend: 1) hohe Prävalenz, 2) hohes Ausmaß der Gesundheitsrisiken und Auswirkungen auf die Lebensqualität, 3) hohe Effektivität von Interventionen im Hinblick auf Mortalität und Lebensqualität, 4) große Disparität der Qualität der Leistungen zwischen Anbietern und Regionen und 5) gute Verfügbarkeit von Daten, um deren Auswirkungen auf die Qualität der Pflege zu messen. Darauf aufbauend wurde folgende Reihenfolge von outcome-Kriterien aufge-

⁶³ Kane (1999) nennt die Voraussetzung eines Vergleichs zwischen erwartetem und beobachtetem Ergebnis, was an anderer Stelle von Porell/Caro (1998) ebenso ausgedrückt wird.

⁶⁴ Personen 65-jährig und älter, die ein erhöhtes Risiko funktionaler Verluste und des Todes innerhalb der nächsten zwei Jahre aufweisen.

stellt: Auf den ersten fünf Plätzen landeten relativ einvernehmlich: Pharmazeutische Probleme, Depression, Demenz und Delirium, angeborener Herzfehler und Schlaganfall mit einem durchschnittlichen (wiederholten) Ranking von 2.0 und weniger. Deren Anwendung im Rahmen der Qualitätsmessung steht allerdings noch aus.

Als Folge der OBRA-Reform 1987 wurde z.B. auch durch Arling et al. (1997) ein wegweisender Nursing Home Quality Indicator entwickelt, der auf der Basis des Minimum Data Set personenbezogene Daten über Körperfunktionen, emotionale und kognitive Zustände und spezielle Pflegeleistungen sowie verschiedene Daten der Pflegeeinrichtungen koppelt. Im Rahmen dessen wurden *Risikogruppen* (hohe und niedrige) klassifiziert, womit vermeidbare von unvermeidbaren Verschlechterungen des Zustandes von Pflegebedürftigen oder ‚adverse outcomes‘ im Zeitverlauf zu unterscheiden und Pflegefehler oder eine schlechte Performance von Pflegeeinrichtungen zu bestimmen sein sollten. Dem lag die Überlegung zugrunde, dass Qualitätsindikatoren, welche sich auf unterschiedliche Risikogruppen beziehen, besser für die vergleichende Bestimmung von Qualität von Pflegeeinrichtungen geeignet sein sollten als allgemeine Merkmale. Aufgrund von Literatursauswertungen wurden spezifische Risikofaktoren in bezug auf bestimmte Qualitätsmerkmale bestimmt.⁶⁵

Als vorläufiges *Zwischenfazit* kann festgehalten werden, dass mit Instrumenten wie dem RAI grundsätzlich ein entscheidender Durchbruch bei der Qualitätsmessung und –sicherung in Deutschland möglich scheint. Denn damit werden nicht alleine Struktur- und Prozessdimensionen wie der Anteil eingesetzter Fachkräfte oder die Führung der Pflegedokumentation als Qualitätskriterien *für sich* gemessen, sondern es erfolgen größer angelegte vergleichende Messungen der Ergebnisqualität, z.B. anhand der Morbidität, des Rückgangs funktionaler Kapazitäten bestimmter Patientengruppen (gemessen z.B. anhand von ADL-Skalen) oder mittels anderer outcome-Kriterien wie Fixierungen von Bewohnern, Einsatz von Psychopharmaka, das Auftreten von Inkontinenz, Katheterverwendung, Dekubitus, Krankenhauseinweisungen, Unfälle (insbesondere Stürze), Infektionserkrankungen/Fieber, mangelnde Ernährung, Flüssigkeitszufuhr, Gewichtsveränderungen etc. Ein zweites Standbein der Messung der Ergebnisqualität ist in der Befragung der Bewohner zu sehen, da deren Einschätzungen wie dargestellt zum Teil erheblich von profes-

⁶⁵ Allerdings verbleiben methodische Probleme, da die Varianz der Risikofaktoren, wie z.B. Fixierungen von Patienten mit anderen Risikofaktoren, hier Stürzen oder Verletzungen korreliert sind (Arling et al. 1997: 759). Auch können Risikofaktoren wie Bettnässen oder Inkontinenz mit Dekubitus korreliert und Zeiger für Pflegequalität sein. Allerdings können einzelne Aspekte der Risikobewältigung als sichere Zeiger fungieren, wie z.B. die De-

sionellen Sichtweisen oder ‚harten Daten‘ der Pflegequalität abweichen. Basierend auf solchen Messungen kann im Einrichtungs- oder Sektorvergleich und in der Auswertung der gemessenen Variablen ermittelt werden, ob und welche Veränderungen des so gemessenen outcome infolge anderer Qualitätsmerkmale, etwa Prozess- und Strukturaspekte (wie der mangelnde Einsatz von Fachkräften) entstehen. Neben den Strukturmerkmalen der Größe und Trägerschaft der Organisation, der baulichen Ausstattung sowie der Zahl und Struktur des eingesetzten Personals, spielen auch Prozessaspekte, wenn auch bisher eher in geringem Ausmaß, eine Rolle bei den dazu vorliegenden Auswertungen und Veröffentlichungen. Darauf aufbauend können die als u.U. ‚problematisch‘ erachteten Pflegeeinrichtungen (z.B. statistische ‚Ausreißer‘), mittels *vertiefender qualitativer* Verfahren, z.B. Befragungen und teilnehmende Beobachtungen, näher unter die Lupe genommen werden.

Entscheidend an Instrumenten zur Qualitätssicherung und -messung ist ungeachtet einiger methodischer Detailprobleme, dass sie auf verschiedenen Ebenen ansetzen und dass sie methodisch kontrolliert sowie transparent für die interessierte Öffentlichkeit eingesetzt werden. Das heißt zunächst, dass die Reliabilität und Validität verschiedener Konzepte, Items und Messungen überhaupt überprüft und deren Ergebnisse umfassend publiziert wurden.⁶⁶ Allerdings muss auch darauf geachtet werden, dass mittels Assessment sowie Pflegedokumentation nicht nur Daten und Papier generiert werden, sondern auch eine Verbindung zum täglichen Arbeiten und zum (internen) Qualitätsmanagement entsteht, um zur tatsächlichen Verbesserung des ‚outcome‘ in Pflegeheimen beizutragen, wie es offenbar in den USA gelungen ist. Hier müssen für Deutschland allerdings noch erheblichere als bereits aus den USA berichtete Widerstände und Qualifikationsdefizite des Berufsstandes vermutet werden. Insofern wäre der für Deutschland zu konstatierende Nachholbedarf bei der Messung der Pflegequalität⁶⁷ und die daraus abzuleitende *Empfehlung*, RAI (oder andere darauf aufbauende Instrumente) zunächst in kontrollierten wissenschaftlichen Modellversuchen zu testen. Dazu könnten den Einrichtungen, welche RAI über einen längeren Zeitraum nutzen, Kontrollgruppen gegenüber gestellt werden, welche andere Instrumente nutzen und solchen, die ohne spezielle Instrumente weiter arbeiten, woraus die

hydration und andererseits wurden bei der Analyse all die Kriterien als Risikofaktoren ausgeschlossen, die eben zu eng von der Pflegequalität abhängen, wie z.B. Dekubitus.

⁶⁶ Vgl. für Deutschland z.B.: Bruder et al. 1996; Cappell 1996 b; Zimmer et al. 1996; übrigens gilt dieses z.B. nicht unbedingt für das PLAISIR-Verfahren zur Personalbedarfsbemessung, das aber auf einer differenzierten Klientenbeurteilung und also einem methodisch kontrollierten Assessment aufbaut (vgl. Gennrich 1999 a u. b.).

⁶⁷ Siehe dazu unten und exemplarisch für den Stand der empirischen Pflegeforschung in Deutschland die Studie von Dibelius (2001).

unterschiedlichen Wirkungen auf die Pflegequalität deutlich werden würden.⁶⁸ Damit könnten auch die bisher mangels vorhandener Kontrollgruppen noch nicht endgültig belegten Auswirkungen von RAI in den USA weiter evaluiert werden. Denn trotz der dargestellten insgesamt sehr positiven Ergebnisse der Evaluation von RAI liegen bisher keine solchen aus Kontrollgruppen vor, so dass nicht gesagt werden kann, inwiefern diese vermuteten Effekte von RAI auf die Pflegequalität zum Teil auch auf andere Variablen (z.B. allgemeine soziale, ökonomische, kulturelle und institutionelle Faktoren, z.B. die Signalwirkung der Gesetzesaktivität, der Wandel der nationalen Pflegekultur etc.) zurückgeführt werden können (vgl. Kane 1998; Achterberg et al. 1999).

3 Empirische Befunde zur Pflegequalität

Pflegequalität kann wie dargestellt anhand verschiedener Dimensionen (Struktur, Prozeß- und Ergebnisqualität) und auf unterschiedlichen Ebenen gemessen werden, auf nationaler, internationaler⁶⁹ oder regionaler, der Ebene der Einrichtung oder der einzelner Bewohner. Darüber hinaus können Analysen im Quer- und Längsschnitt erfolgen. Oft werden in der internationalen Forschung Strukturvariablen, wie die Größe, Trägerschaft oder Personalbesetzung der Einrichtung, auf verschiedene outcome-Variablen (Mortalität, Verschlechterung der ADL-Zustände, Druckgeschwüre etc.) bezogen, um Einblicke in Ursachen und Wirkungsbeziehungen zu erhalten. Einbezogen werden dabei auch Aspekte des Pflegeprozesses (z.B. Care Management, Pflegedokumentation oder Trainingsmaßnahmen) und nicht zuletzt die spezifische Sicht der Bewohner und Patienten auf die Pflegequalität, so dass die auf einer Matrix möglichen Forschungskonzeptionen rasch eine enorme Komplexität erreichen und eine strenge Gliederung anhand von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität ausscheidet. Im folgenden sollen deshalb zunächst dahingehende Ergebnisse zu den eher spärlichen empirischen Forschungen aus Deutschland aufgezeigt werden, bevor im Anschluss die im Vergleich dazu reichhaltigen und methodisch wegweisenden

⁶⁸ Denkbar wäre auch, solche Modellversuche vergleichend in verschiedenen Staaten durchzuführen, um weitere Informationen über die Wirkungszusammenhänge bei der Qualitätssicherung zu erhalten.

⁶⁹ Ein internationaler Vergleich der Qualität der Dienstleistung Pflege ist kaum entwickelt, was in den mittlerweile zahlreichen, meist europäisch ‚vergleichenden‘, ökonomisch, juristisch oder politologisch orientierten Überblicken zur Pflegepolitik in der Regel noch nicht einmal als Thema erwähnt wird (vgl. Roth 2001). Vgl. Schulte 1996; Walker/Maltby 1997; Pacolet et al. 1998; Alber/Schölkopf 1999; Eisen/Mager 1999; Eisen/Sloan 1999; Schölkopf 1999c. Ansätze dazu bieten: Evers et al. 1997; Hansen 1997; Gibson 1998; Kalisch et al. 1998; Meijer et al. 2000; Pillinger et al. 2001; durch den wegweisenden Beitrag von Carpenter et al. (1999) wurde erstmals die Pflegequalität mittels RAI vergleichend in Dänemark, Island, Italien, Japan und den USA untersucht, wobei allerdings

internationalen Befunde, gegliedert nach Sektoren (stationär, ambulant), folgen. Ergänzend werden Befunde zur Ergebnisqualität aus der Sicht der Bewohner angeführt.

3.1 Zur Pflegequalität in Deutschland

Die Messung und Überprüfung der Pflegequalität ist in Deutschland vergleichsweise unterentwickelt. Großflächige und analytisch anspruchsvolle empirische Befunde zur Pflegequalität, wie sie insbesondere für die USA berichtet werden können, liegen hier nicht vor. Zurückgegriffen werden kann zunächst auf spärliche und bis auf Ausnahmen in sehr verkürzter Form veröffentlichte Berichte aus Prüfungen der MDK.⁷⁰ Vereinzelt liegen auch Auswertungen aus der Tätigkeit der Heimaufsicht vor, so z.B. aus Duisburg (Martin/Behler 1999). Ebenso legte Bayern offenbar infolge der dort diskutierten Skandale erstmals Ergebnisse aus den Erfahrungen der Heimaufsicht vor (Bayerische Staatsregierung 2001). Ein umfänglicher Bericht zur „Qualitätssicherung in der Pflege“ wurde auch in Hamburg (LT-Drs. 16/5998), eine ungleich kürzere Dokumentation in Schleswig-Holstein im (LT-Drs. 15/1174) Jahr 2001 präsentiert. Hinzu kommen Ergebnisse einiger Patientenbefragungen, die vorwiegend für den häuslichen Bereich in größerem Stil durchgeführt wurden. Darüber hinaus kann auf ein Schlaglicht zu bundesweit publik gewordenen ‚Abrechnungsmanipulationen‘ bei ambulanten Pflegediensten in Hamburg verwiesen werden.⁷¹

Diese offiziellen Ermittlungen können durch einige größere wissenschaftliche Forschungsberichte ergänzt werden, wenngleich die Lage hier noch sehr dürftig ist. Von wissenschaftlicher Seite gilt folgender Befund: „In der Diskussion um die Sicherstellung einer bedarfsgerechten vollstationären Pflege ist bemerkenswert, wie wenig gesicherte Erkenntnisse über die Versorgungssituation in den Einrichtungen vorliegen“, so Wingefeld/Schnabel (2002: 26) zur deutschen Forschungslage, die in einer Arbeit Pflegebedarf und Leistungsstrukturen in 27 nordrhein-westfälischen Pflege-

die Samples nur in Island und den USA repräsentativ für die Gesamtbevölkerung waren und lediglich wenige Aspekte der Feldstrukturen und Regulierung einbezogen wurden.

⁷⁰ Diesbezüglich ist eine unterschiedliche ‚Informationspolitik‘ der MDK festzustellen, die aber insgesamt klar zu wünschen übrig läßt: Während Baden-Württemberg, wo auch alle Pflegedienste geprüft wurden, ohne weiteres einen recht ausführlichen Bericht dazu herausgab (Zenz et al. 1999), lehnten andere Landesverbände auf Anfrage die Herausgabe von Prüfstatistiken per se ab, verwiesen auf die Pflegekassen oder ihren Spitzenverband (vgl. Roth 2001).

⁷¹ So wurden in Hamburg gegen 60 von 413 Pflegediensten ermittelt, was aber nach Darstellung des BMA aufgrund der dort zu verzeichnenden ‚Übersorgung‘ eher als Ausnahme anzusehen sei. Danach liege die auffällig gewordene Zahl der Pflegedienste bundesweit bei einer Quote von ca. 1% (BMA 1998: 55).

einrichtungen untersuchten. Darüber hinaus sind die vom Auftraggeber der vorliegenden Studie geförderten Forschungen zu „Möglichkeiten und Grenzen selbständigen Lebens und Arbeitens in stationären Einrichtungen“ hervorzuheben, in deren Rahmen auch das o.g. Handbuch des KDA zur internen Qualitätssicherung und erste Basiserhebungen von Infratest entstanden (vgl. Häussler/Szepan 1998; Niehörster et al. 1998; Heinemann-Knoch et al. 1998). Die von Infratest mit einem ähnlichen Instrumentarium 1998 durchgeführten grundlegenden Erhebungen zur Pflege seit dem Pflege-VG (Schneekloth/Müller 2000) bieten weitere Grundlageninformationen, insbesondere zur Strukturqualität und zum Leistungsgeschehen in deutschen Pflegeeinrichtungen, wobei das Thema Qualität aber nicht im Vordergrund stand. Rückschlüsse auf die Pflegequalität erlaubt auch eine an der Universität Hamburg von Kriminologen betriebene wissenschaftliche Untersuchungen älterer Verstorbener und die dadurch gelieferten Einblicke in das Ausmaß und Vorkommen von Dekubitus, die für erhebliches öffentliches Aufsehen gesorgt haben (Heinemann et al. 1999, 2000, 2001, Püschel et al. 1999a u. b). Schließlich gibt es nur wenige Einblicke in das ‚Dunkelfeld‘ von Vernachlässigung, Misshandlung und Gewalt in der Pflege, wie sie insbesondere von der Bonner Gruppe um Hirsch et al. (1999a u. b) sowie von Görge (1999, 2000) vorgelegt wurden. Darüber hinaus könnten verschiedene kleinere, regional oder in der Fallzahl beschränkte Untersuchungen genannt werden, wobei aber auf diese meist in der Grauzone von Beratungsmarkt und wissenschaftlicher Forschung befindlichen Studien nicht näher eingegangen werden soll, wenn Bedenken hinsichtlich der methodischen Güte bestehen und Verallgemeinerungen nur sehr eingeschränkt zulässig sind.⁷²

3.1.1 Qualitätsmängel nach den Prüfungen durch MDK und Heimaufsicht

Doch zunächst zu den mehr oder weniger ‚offiziellen‘ empirischen Befunden zur Pflegequalität: Vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) wurden nach den wenigen dazu vorliegenden Verlautbarungen bis Ende 1999 3.899 Prüfungen nach § 80 SGB XI durchgeführt (siehe dazu und zum Folgenden: vgl. BT-Drs. 14/3592 vom 9.6.2000: 23 f.). Werden davon Folge- und Evaluationsprüfungen abgezogen, sind bis zu diesem Zeitpunkt rund 3.540 Einrichtungen einer Qualitätsprüfung unterzogen worden. Ausgehend von einer Grundgesamtheit von ca. 23.000 ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen ist somit ein Anteil von knapp über 15% aller

⁷² Entsprechend tauchen solche Untersuchungen in den hier zugrunde gelegten wissenschaftlichen bibliographischen Systemen (z.B. MEDLINE oder GEROLIT) in der Regel auch nicht auf.

Einrichtungen von einer Qualitätsprüfung durch den MDK erfasst worden. Davon entfallen 2.114 Kontrollen auf Pflegeheime und 1.785 auf ambulante Pflegedienste. Im April des Jahres 2001 waren es nach eigenen aktuellen Angaben im Internet zwar insgesamt immerhin 7.600, jedoch dürfte auch davon ein großer Teil auf Folgeprüfungen und Evaluationsprüfungen entfallen und über die schiere Zahl hinaus sind dem wenig Informationen zu entnehmen.⁷³

Der MDK veröffentlichte im wesentlichen je einen Mängelkatalog für Pflegeheime und Pflegedienste, der in vielen Bereichen eine zumindest ähnliche Rangfolge aufweist (der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman-Rho beträgt 0,7, auf einem Signifikanzniveau von <0,6%; vgl. Tabelle 1). Danach wurden, so der bundesweit einheitliche Trend, in fast allen Pflegeeinrichtungen Defizite bei der *Pflegedokumentation* gefunden, und der *Pflegeprozess* wurde nur selten in all seinen Schritten konsequent und nutzbringend umgesetzt (Brüggemann 1999: 40).

Tabelle 1: Rangfolge von Pflegemängeln

Stationär	Ambulant
1) Umsetzung Pflegeprozesses u. -dokumentation	1
2) Pflegekonzept nicht umgesetzt	4
3) Defizite bei der Fortbildung	2
4) Passivierende Pflege	7
5) Defizite bei der Fachliteratur	3
6) Defizite der Dekubitusprophylaxe und -therapie	10
7) Defizite im Umgang mit Medikamenten	--
8) Defizite bei der Ernährung u. Flüssigkeitsversorgung	11
9) Mängel bei Pflegeleitbild	5
10) Mängel bei Pflegekonzept	8 (Pflegekonzept fehlt)
11) Defizite der Inkontinenzversorgung	15
12) Dokumentation unvollständig oder ungeeignet	9
13) Personalanzahl zu gering	--
14) Mängel bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen	--
15) Qualifikation d. verantwortlichen Pflegefachkraft	6
	Qualifikation stellvertretende Pflegefachkraft (12) Versorgung gerontopsych. Beeinträchtigter (13) Räumliche Ausstattung (14)

Ergebnisse aus MDK-Prüfungen nach § 80 SGB XI, BT-Drs. 14/3592 vom 9.6.2000: 26

Als Mängel der Pflegedokumentation wurden im einzelnen folgende Aspekte genannt: Biographie und Gewohnheiten der Patienten wurden nicht ermittelt; Ressourcen wurden nicht dokumentiert; Pflegeprobleme wurden nicht definiert bzw. unübersichtlich dargestellt; Pflegeziele fehlen oder

⁷³ Vgl. Pressemitteilung vom 4. April 2001: <http://www.mdk.de/index2.html>; eine dahingehende Aufschlüsselung oder Aktualisierung findet sich dort jedoch nicht; s. auch: <http://www.mds-ev.de/index2.html> (Stand: Ende Mai 2002).

sind nicht zu überprüfen; die Aussagen der Dokumentation sind nicht handlungsanweisend; Eintragungen wurden im Voraus oder im Nachhinein vorgenommen und nicht abgezeichnet; Pflegeberichte fehlen; es findet keine Evaluation der Pflege statt; Ziele und Maßnahmen werden nicht angepasst (Brüggemann 1999: 42). Beim Pflegeprozess wurden folgende Mängel genannt: über- oder passivierende Pflege; diskontinuierliche Pflege; unbemerkte Verschlechterung des Gesundheitszustandes; fehlende Intervention bei akuten Ereignissen (Brüggemann 1999: 42). Wenn diese Grundlagen für den Pflegeprozess jedoch häufig ganz oder teilweise fehlen, kommt es zu erheblichen negativen Folgen bis hin zu adversen Effekten oder zur „gefährlichen Pflege“ (vgl. Brüggemann 1999: 42). Darüber hinaus haben die MDK-Prüfungen ergeben: „Häufig fehlen beruflich Pflegenden grundlegende Kenntnisse, die dazu notwendig sind, einen Pflegeprozess umzusetzen und zu dokumentieren“ (ebenda). Und: „Nur selten ist z.B. erkennbar, dass die verantwortliche Pflegefachkraft Rahmenbedingungen dafür schafft, dass kontinuierlich Pflegevisiten von hierzu autorisierten und geeigneten Pflegefachkräften durchgeführt werden, um die fachliche Planung der Pflegeprozesse sicherzustellen und zu überprüfen (ebenda: 41). Auch ein Bericht des MDK Sachsen aus Prüfungen in 187 von etwa 1.600 Pflegeeinrichtungen (davon 182 Pflegeheime) zeigte gravierende Mängel: 84% der Heime hatten keine oder nicht ausreichend klare Pflegeziele definiert, 77% keine ausreichende Pflegeanamnese erhoben; die Pflegedokumentation war bei 73% der überprüften Einrichtungen unvollständig; 76% der Häuser statteten entweder keine Pflegevisiten ab, dokumentierten sie nicht oder werteten sie nicht aus; in 76% der Pflegeheimen war der Verlauf der Pflege anhand der Dokumentation nicht nachvollziehbar, um nur die wichtigsten Mängel zu nennen (DZA 2001).

Nach einem Bericht aus *Bayern* (Bayerische Staatsregierung 2001: 63 ff.) wurden im Rahmen der *Heimaufsicht* zwischen Mai 1997 und September 2000 insgesamt 3.500 Prüfungen durchgeführt (davon 62% unangemeldet und ca. zwei Drittel routinemäßig). Davon kam es in 1.908 Fällen zu Beanstandungen (darunter sind allerdings auch Wiederholungsprüfungen). Beanstandet wurden „im wesentlichen organisatorische Probleme (wie die Pflegedokumentation, Dienstpläne), Personalprobleme, bauliche Mängel sowie Mängel in der Pflege und Hygiene“ (Bayerische Staatsregierung 2001: 64). Schwerwiegende Konsequenzen wie die Schließung von Pflegeheimen wurden deshalb auch nur selten (6 Fälle innerhalb der letzten fünf Jahren) angeordnet. Allerdings wurden Aspekte der Ergebnisqualität offenbar kaum geprüft, zumindest finden sich in dem Bericht dazu keine entsprechenden Hinweise.

Ähnlich sieht dieses in dem deutlich weniger ausführlichen Bericht aus *Schleswig-Holstein* aus, wobei hier ungeachtet der pauschalen Angabe der Summe der Beanstandungen auf die Berichte des MDK verwiesen wird. Demnach wurden bei einem Drittel der untersuchten Pflegebedürftigen Pflegeschäden gefunden. Typische Schäden seien z.B. Dekubitus, Kontrakturen und Mangelernährung (LT-Drs. SH 15/972: 6). In einer bereits 1999 veröffentlichten Studie der *Duisburger* Heimaufsicht wurde angegeben, dass 3,3% der gesamten Zahl und 11,5% der als ständig bettlägrig angegebenen Heimbewohner Dekubitus oder Fersennekrosen aufwiesen (Martin/Behler 1999).

Die *Hamburger* Heimaufsicht führte seit 1998 jährlich bei etwa 19% der Pflegeheime intensive Regelbegehungen durch (LT-Drs. 16/5998: 46).⁷⁴ Die nicht näher quantifizierten Mängel bezogen sich auf „Pflegedefizite aufgrund zu geringen Personalvolumens des Heimes, Qualifikationsdefizite beim Personal, verweigerte Herausgabe von Geschäftsunterlagen nach § 9 HeimG, bauliche Mängel, keine sachgerechten Dokumentationen, Annahme von Spenden bereits vor Erteilung einer Ausnahmegenehmigung durch die Heimaufsicht, rechtswidrige Erhebung von Sicherheitsleistungen durch die Heimträger, Erhebung von Zuschlägen für Einzelzimmer, Videoüberwachung durch den Heimträger“ (ebenda). Daraufhin wurden nach Beratungen in 41 Fällen Anordnungen zur Mängelbeseitigungen vorgenommen (ebenda). Auch der Hamburger Bericht enthält nur wenige differenzierte Angaben zur Pflegequalität überhaupt, schon gar nicht zur Ergebnisqualität, und eine eindeutig dominierende Dominanz politischer und rechtlicher Ausführungen.

Die in *Baden-Württemberg* vom MDK im *ambulantem* Bereich durchgeführten Prüfungen ergaben ergänzend Folgendes (vgl. Zenz et al. 1999): Nur ca. die Hälfte der Pflegekräfte verfügten über eine fachliche Weiterbildung, dieses gilt auch für die leitende Pflegefachkraft, womit die Forderungen der „Gemeinsamen Grundsätze“ nach § 80 diesbezüglich nicht erfüllt waren. Entsprechend waren auch gesetzliche Grundlagen nicht in allen geprüften baden-württembergischen Pflegeeinrichtungen bekannt. Eine Aufklärung der Pflegebedürftigen über Preise fand in 20% der geprüften Pflegedienste nicht ausreichend statt,⁷⁵ und auch die Pflegeverträge entsprachen häufig nicht den im Lande geltenden Mustern. Nur von rund einem Drittel der geprüften ambulanten Pflegeeinrichtungen wurden die Forderungen der Qualitätspapiere bezüglich der Schriftführung in

⁷⁴ Die dort angegebene Quote aller Begehungen von 97% ist insofern irreführend, als darin auch wiederholte Begehungen aufgrund der bei den Regelbegehungen festgestellten Mängel einbezogen sind.

⁷⁵ Dieser Befund stimmt damit überein, dass laut einer Befragung von 119 antwortenden (von 272 angeschriebenen) Pflegekräften 67% bei der Frage der Vermittlung von Angeboten/Finanzierbarkeit von Leistungen und 62% bei rechtlichen Nachfragen sich überfordert fühlten (vgl. Bandemer et al. 1998: 41).

der Pflege, insbesondere hinsichtlich der Aktualisierung der Pflegeplanung und Transparenz des Pflegeprozesses erfüllt. Bei knapp der Hälfte der untersuchten Dienste wurde keine Anamnese erhoben, und nur etwa die Hälfte der geprüften Pflegedienste führte Maßnahmen zur Qualitätssicherung durch. Auch konnten in über 30% der Fälle hygienische Mängel festgestellt werden.⁷⁶ Immerhin in 86% der begleiteten Pflegebesuche wurde dagegen eine „aktivierende Pflege“ durchgeführt (Zenz et al. 1999), wobei aber offen bleibt, ob dem auch die tägliche Praxis entspricht, wenn kein Prüfer anwesend ist.

3.1.2 Weitere Mängel von Leistungsstrukturen und Pflegequalität

Insgesamt ist nach den wenigen bisher vorliegenden wissenschaftlichen Ergebnissen die *Standardisierung* des Pflege- und Betreuungsaufwandes, auch hinsichtlich der Qualitätssicherung, in der deutschen Pflegelandschaft erst im Anfang begriffen. Ein Mangel stellt in diesem Zusammenhang dar, dass die Pflegeleistungen und -abläufe bisher kaum empirisch erfasst wurden. Erste grundlegende repräsentative Daten für die deutsche Bevölkerung wurden dazu von Infratest (Schneekloth/Müller 2000) vorgelegt. Ferner hat ein jüngst in Nordrhein-Westfalen durchgeführtes regionales Forschungsprojekt den „Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen“ am Beispiel von 27 ausgewählten Einrichtungen untersucht (vgl. Wingenfeld/Schnabel 2002).⁷⁷ Aus beiden Untersuchungen können auch Rückbezüge zur Pflegequalität gezogen werden, wenngleich dies nicht deren primäre Zielsetzung war. Von grundlegender Bedeutung für die Pflegequalität ist zunächst die enorm *heterogene Leistungsstruktur* der Pflegeeinrichtungen, die sich, wie zu zeigen sein wird, nicht unbedingt nach dem jeweiligen Pflegebedarf

⁷⁶ Dazu zählt z.B. das Tragen privater Kleidung, das Fehlen von Schutzschürzen bei körpernahen Verrichtungen und grober Verunreinigungen durch Ausscheidungen oder das Nichttragen von Handschuhen bei der Durchführung der Intimtoilette (Zenz et al. 1999: 17).

⁷⁷ In der vom Landespflegeausschuss von Nordrhein-Westfalen beauftragten und fachpolitisch ‚begleiteten‘ Untersuchung wurden 27 Pflegeheime in Nordrhein-Westfalen bewußt ausgewählt (Auswahlkriterium war ein Mindestmaß an Struktur- und Prozeßqualität sowie die Bereitschaft von Verband und Einrichtung zur Mitarbeit). Daraufhin wurde während drei Wochen im Jahre 2000 von den Pflegekräften das Leistungsgeschehen bei 730 Bewohnern auf standardisierten Erhebungsbögen erfasst. Dies erfolgte unter Aufsicht und Begleitung von wiss. Hilfskräften, die eine dahingehende Schulung absolviert hatten, die Anonymität der Beteiligten wurde gewahrt. Erfasst wurden sowohl die unmittelbaren als auch mittelbaren bewohnerbezogenen und sonstigen Leistungen. Aufgeführt wurden v.a. die Art und Weise der durchgeführten 33 Maßnahmen (z.B. Hilfen beim Toilettengang, Führung der Pflegedokumentation, Verwaltung etc.), die geleistete Hilfe (klassifiziert in fünf Kategorien von vollständiger Übernahme bis Beaufsichtigung), die Zahl der gleichzeitig versorgten Bewohner, die Dauer der Hilfen und die Zahl der beteiligten Helfer (vgl. Wingenfeld/Schnabel 2002: 11-31).

der Bewohner, sondern eher nach organisatorischen oder institutionellen Gegebenheiten der Angebotsstruktur richtet.

So schwankt nach den Daten der 27, eher mit einer überdurchschnittlichen Strukturqualität ausgestatteten, Pflegeheime in Nordrhein-Westfalen die Betreuungsrelation (Pflegebedürftige pro Betreuungskraft) zwischen einem Minimalwert von ca. 1,7 und über 4, bei einem Durchschnitt von 2,5-2,7.⁷⁸ Entsprechend stark weichen auch die Pflegesätze nach Pflegestufen stark voneinander ab.⁷⁹ Übrigens wohnt nur etwa die Hälfte der Bewohner in Einbettzimmern (Schneekloth/Müller 2000: 138 f.), und nur etwa 20% der Bewohner sind ohne kognitive oder gerontopsychiatrische Beeinträchtigungen; etwa die Hälfte der Bewohner weist hier erhebliche Störungen auf (vgl. Schneekloth/Müller 2000: 134 f.; Wingefeld/Schnabel 2002: 56 f.). Die unmittelbar bewohnerbezogenen Leistungen machen in den 27 untersuchten nordrhein-westfälischen Pflegeheimen im Durchschnitt 83 Minuten je Bewohner und Tag aus, wobei 22 einzelne Maßnahmen gezählt wurden (Wingefeld/Schnabel 2002: 61 f.);⁸⁰ hinzu kommen durchschnittlich 50 Minuten pro Tag für ‚mittelbar‘ bewohnerbezogene Leistungen je Bewohner oder 38% des Gesamtaufwandes je Bewohner und Tag von 133 Minuten (Wingefeld/Schnabel 2002: 74 f.).⁸¹ Der auf den ersten Blick sehr hohe Anteil ‚indirekter Leistungen‘ relativiert sich etwas, wenn berücksichtigt wird, dass darunter auch hauswirtschaftliche Tätigkeiten fallen; so macht der Zeitanteil der auf Arbeitsbesprechungen, Dokumentation und Pflegeplanung sowie Verwaltung, Koordination und Sonstiges entfällt, gut 50% dieser ‚indirekten‘ Leistungen, d.h. ca. 25 Minuten je Bewohner und Tag oder knapp 20% des Gesamtzeitaufwandes aus.⁸² Jedoch finden sich in der Studie keine weiteren Hinweise

⁷⁸ Zugrunde gelegt wurden Vollzeitäquivalente mit oder ohne Zivildienstleistenden; bei den Extremwerten sind die genauen Werte dem Bericht nicht zu entnehmen (vgl. Wingefeld/Schnabel 2002: 38); vgl. den von Infratest ermittelten Repräsentativwert von 2,6 (inkl. Zivildienstleistenden).

⁷⁹ Der Tagessatz liegt z.B. in der Pflegestufe I zwischen 115 und 201 DM und in der Stufe III zwischen 187 und 266 DM; Monatswerte liegen laut z.B. in der Stufe I zwischen unter 1.600 und über 2.400 DM, in der Stufe II zwischen unter 2.000 und 3.000 DM und mehr, in der Stufe III zwischen unter 2.500 und 4.000 DM und mehr. Extrema wurden nicht angegeben (vgl. Schneekloth/Müller 2000: 178; dazu auch: Roth/Rothgang 1999b; dies. 2001).

⁸⁰ Darunter Hilfen bei Alltagsverrichtungen (75%), Maßnahmen der Behandlungspflege (8%) und „psychosoziale Betreuung/spezielle psychiatrische Pflege“ (17%). Unter die erstgenannten fallen Hilfen bei Verrichtungen im Bereich von Körperhygiene, Körperpflege (22%), Ausscheidungen/Toilettengang (20%), Nahrungsaufnahme (19%), Aufstehen/Lagern/Betten (17%), Kleiden (12%) und Fortbewegen/Stehen (11%) zählen. (Wingefeld / Schnabel 2002: 64-67).

⁸¹ Der Pflege- und Betreuungsaufwand beträgt nach den bundesweiten Erhebungen von Schneekloth/Müller (2000) über alle Pflegestufen (0-III) im Durchschnitt 121 Minuten, über die Pflegestufen I-III 138 Minuten. Diese Werte beruhen allerdings allein auf Selbstauskünften der Pflegekräfte, ohne kontrollierende und beratende Beobachtungen, so dass diese nicht sehr zuverlässig erscheinen.

⁸² Der Zeitaufwand für die Mahlzeitenversorgung (Auf- und Abdecken, Vorbereitung u. Austeilen der Mahlzeiten, Aufräumarbeiten etc.) macht 26% der mittelbaren Leistungen aus, der Rest entfällt auf: Arbeitsbesprechungen (20%), Pflegeplanung und -dokumentation (15%), und Wäscheversorgung (9%); auf Verwaltung/Koordination

zur Art und Weise der Durchführung der „Pflegeplanung und Dokumentation“, womit deren Qualität und Wirkung im Hinblick auf die Qualitätssicherung nicht eingeschätzt werden kann.

Die *Spannweite* des unmittelbar bewohnerbezogenen Zeitaufwandes reicht nach der nordrhein-westfälischen Studie von durchschnittlich vier Minuten bis mehr als vier Stunden pro Bewohner und Tag, ähnlich zu der bundesweiten Erhebung von Infratest.⁸³ Theoretisch sollte sich der jeweilige Zeitaufwand nach dem Pflegebedarf der einzelnen Bewohner richten. Demgegenüber kommen Schneekloth/Müller in ihrer groß angelegten empirischen Erhebung zum Schluss (2000: 153): „Die bereits im Rahmen der Analyse zur Streubreite der gewährten Leistungen getroffene Feststellung, dass Pflegebedürftige trotz gleicher Pflegestufe hochgradig unterschiedliche Umfänge an Hilfeleistungen erhalten, bestätigt sich“ (vgl. auch: Neubauer/Schallermaier 1998a u. b.; Wingenfeld/Schnabel 2002). Zwar ist ein Teil solcher Abweichungen auch aufgrund systematischer Bedingungen zu erklären, worauf sowohl Wingenfeld/Schnabel (2002: 68 f.) als auch Schneekloth/Müller (2000: 149) hinweisen. Gleichwohl betonen die letzteren mit deutlich kritischer Konnotation, dass der empirisch ermittelte Pflegeaufwand der Grundpflege nur in der Pflegestufe I innerhalb der vorgegebenen Begutachtungszeitwerte des SGB XI liegt; in Pflegestufe II und III wird hingegen bereits die Mindestvorgabe z.T. deutlich *unterschritten*. Auch beträgt nach der nordrhein-westfälischen Studie der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman-Rho zwischen Leistungsaufwand und Pflegestufe insgesamt lediglich 0,58; eine lineare Tendenz der Steigerung des durchschnittlichen Leistungsaufwandes in Relation zur Pflegestufe zeigt sich keineswegs in allen Maßnahmebereichen (Wingenfeld/Schnabel 2002: 72). Beide hier genannten Studien liefern also Hinweise darauf, dass die Variation des tatsächlich geleisteten Zeitaufwandes nicht unbedingt mit der des individuellen Pflegebedarfs korreliert.⁸⁴ Jedoch wären weitere Untersuchungen angezeigt, inwiefern der, mittels einem Assessment objektiv festgestellte, individuelle Pflegebedarf mit den erbrachten Leistungen (Zeitaufwand) und anderen Variablen (z.B. Personal- und Finanzausstattung) zusammenhängt.

Ein erhellender Befund wird von der nordrhein-westfälischen Studie auch bei der näheren Betrachtung der ‚psychosozialen Maßnahmen und psychiatrischen Pflegeinterventionen‘ geliefert:

entfallen 5% aller mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen, auf die Kontakte mit Angehörigen 4%, auf Sonstiges 11% (Wingenfeld/Schnabel 2002: 75).

⁸³ Diese Werte können aufgrund der fehlenden Standardisierung leider nicht ohne weiteres mit den bundesweiten Daten von Schneekloth/Müller (2000) verglichen werden, welche eine für Vergleiche geeignete Dezielseinteilung wählten.

Diese werden entgegen den Erwartungen mit zunehmender Pflegebedürftigkeit und Mobilitätseinschränkungen immer *weniger* erbracht, obwohl gerade hier der Bedarf zunimmt (vgl. Wingenfeld/Schnabel 2002: 87 ff.). Daraus folgern die Autoren (S. 89): „Dieses Ergebnis werten wir als Ausdruck für eine Versorgung, die in erster Linie auf akuten Hilfebedarf reagiert, bzw. die ihre Aufmerksamkeit auf solche Bewohner konzentriert, die in der Lage sind, ihre Bedürfnisse an die Pflegenden heranzutragen oder Situationen herzustellen, in denen eine unmittelbare Intervention erforderlich erscheint.“ So blieben im Durchschnitt auch die Bewohner mit schwer ausgeprägten Problemlagen während des Tagesdienstes mindestens 12 Stunden lang ohne direkte Einbindung in eine Einzel- oder Gruppenbetreuung durch Mitarbeiter der Einrichtungen, d.h. die verfügbaren Ressourcen der Mitarbeiter sind weitgehend ausgeschöpft, und die Anleitung zu selbständiger Beschäftigung bzw. Beobachtung kann außerhalb der unmittelbar bewohnerbezogenen Leistungen, also während des größten Teils des Tages, nur ‚nebenbei‘ erfolgen (Wingenfeld/Schnabel 2002: 91 f.).

Dass die in Pflegeheimen geleisteten Hilfen vom Zeitaufwand generell eher jeweils knapp bemessen sind, lässt sich auch daran ablesen, dass der Zeitaufwand der Hilfen beim täglichen Waschen bei den regelmäßig hilfebedürftigen Bewohnern bei 7-12 Minuten lag und im Durchschnitt pro Tag 1,3-1,8 mal geleistet wurde, hinzu kommen ca. 12 Minuten pro Woche für ein einmaliges Duschen oder Baden (Wingenfeld/Schnabel 2002: 85). Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, dass nach den Auswertungen in den 27 nordrhein-westfälischen Pflegeheimen im Bereich der Hilfeformen bei Alltagsverrichtungen ein absolutes Übergewicht der „vollständigen Übernahme“ zu verzeichnen war (76% des Zeitumfangs), auf Leistungen in Form der Anleitung, Beaufsichtigung und Unterstützung entfielen lediglich 13%, so dass der ressourcenfördernden Pflege offenbar ein vergleichsweise geringer Stellenwert zukommt (Wingenfeld/Schnabel 2002: 67). Damit wird wieder einmal deutlich, dass in Pflegeheimen die rationale *Arbeits erledigung* und institutionelle Bedingungen im Vordergrund stehen und eine an der Wiedergewinnung der Selbständigkeit der Pflegebedürftigen orientierte Pflege kaum geleistet wird (oder geleistet werden kann), was auch durch diverse andere qualitative Untersuchungen belegt wird (vgl. Häussler-Szepan 1998; Heinemann-Knoch et al. 1998).⁸⁵

⁸⁴ Siehe mit ähnlichen und vertiefenden Befunden die qualitativen Untersuchungen durch Heinemann-Knoch et al. 1998; Häussler-Szepan 1998.

⁸⁵ Typisch ist z.B. folgende Äußerung einer Pflegekraft: „Geben Sie mir die Zähne, nein, geben Sie her, ich mach das, dafür bin ich da. Sie könnten das vielleicht selber machen, aber das dauert mir zu lange“ (Wingenfeld/Schnabel 2002: 95).

Die mangelnde Berücksichtigung von Selbstbestimmung und Selbständigkeit von Pflegeheimbewohnern, was sich ebenso in einem streng nach den Bedingungen der Institution orientierten rigiden Zeitablauf ausdrückt, stellt eine zentrale Eigenheit und einen besonderen Mangel in deutschen Heimen dar, so z.B. Klein (1997) in einem deutsch-englischen Vergleich (vgl. dazu auch: Häussler-Szepan 1998; Schönberger 1998; Heinemann-Knoch et al. 1998).⁸⁶ Die Vernachlässigung von Selbsthilfepotentialen in deutschen Pflegeheimen und deren Institutionscharakter drückt sich im übrigen auch in der mangelnden Nutzung der Ressource ‚Angehörigenarbeit‘ aus, die, wie dargestellt (vgl. Fußnote 82 oben), nur einen sehr geringen Anteil an den Leistungen ausmacht. Dieser Befund geht mit dem von Kremer-Preiss (1998: 116) einher, wonach nur 6% von 226 befragten Einrichtungen bei der Pflege intensiv mit Angehörigen zusammenarbeiten.

In dieses Bild der ‚angebotsorientierten‘ und nicht unbedingt bedarfsgerechten Organisation der Versorgung in deutschen Pflegeheimen passt, dass der Zeitaufwand pro Bewohner für die Versorgung am Wochenende im Durchschnitt der untersuchten nordrhein-westfälischen Heime um etwa 10 Minuten unter den Werten während der Woche lag (Wingenfeld/Schnabel 2002: 66). Auch ist bei einer in der Regel sehr geringen Personalbesetzung nachts dem Hilfebedarf mancher nachtaktiver, aber auch anderer Bewohner nicht ausreichend Rechnung zu tragen, weshalb der meist als reiner Kontrolldienst angelegte Nachtdienst schnell in prekäre Situationen kommen kann.⁸⁷ Ein weiterer kritischer Aspekt der Pflegequalität stellt die recht hohe Personalfuktuation pro Bewohner dar: Im Durchschnitt waren je Bewohner innerhalb eines Zeitraums von 10 Tagen insgesamt 14 Mitarbeiter beschäftigt. Jeder von ihnen führte im Mittel 15 Maßnahmen mit einem Gesamtumfang von knapp einer Stunde durch (Wingenfeld/Schnabel 2002: 96). In diesem Zusammenhang ist bemerkenswert, dass kaum qualifikationsbezogene Unterschiede in den Leistungsstrukturen der Mitarbeiter zu erkennen waren (Wingenfeld/Schnabel 2002: 115 ff.).

Schließlich beleuchtet die hier referierte Studie aus Nordrhein-Westfalen die speziellen Maßnahmen der Pflegeheime zur Qualitätssicherung nur kurz. Nach den eigenen Angaben der Pflegeeinrichtungen werden solche Ansätze vor allem in der Arbeit mit Pflegestandards (16 v. 27 Einrichtungen), der Fort- und Weiterbildung (15), in Qualitätszirkeln (9) oder durch Qualitätsbeauftragte (8) wahrgenommen; Qualitätshandbücher werden von 6, Befragungen von Bewohnern von 3 Ein-

⁸⁶ Die in diesem Zusammenhang bezeichnende, oft entmündigende und entwürdigende Form der Kommunikation in der Altenpflege ist Gegenstand einer sprachwissenschaftlichen Untersuchung von Sachweh (1999) mit dem Titel: „Schätzle hinsitzel“.

⁸⁷ Die Betreuungsrelation Pflegekraft zu versorgten Pflegebedürftigen betrug 1:33 bis 1:60; vgl. auch: Schneekloth/Müller 2000: 156 f., die einen Anteil der nachts erbrachten Leistungen von 4-7% ausweisen.

richtungen angewandt (Wingenfeld/Schnabel 2002: 38 f.). Erhellend in diesem Zusammenhang ist, dass so etwas wie Assessment, Pflegevisiten oder andere Instrumente von den dort vertretenen Einrichtungen ebenso nicht erwähnt werden, wie die durchschnittlichen Zeitanteile für „übergreifende Qualitätssicherung“ mit 0,5% der mittelbar bewohnerbezogenen Leistungen verschwindend gering ausfallen (Wingenfeld/Schnabel 2002: 75).⁸⁸

Vor dem Hintergrund der vom MDK und einzelnen Heimaufsichten angezeigten Mängel, dem hier skizzierten Leistungsgeschehen, aber auch einigen anderen, bereits etwas älteren empirischen Untersuchungen, die zum Teil noch vor dem Inkrafttreten der Pflegeversicherung durchgeführt wurden (vgl. Häussler-Szezan 1998; Niehörster et al. 1998; Endruweit et al. 1998) ist insgesamt davon auszugehen, dass in deutschen Pflegeheimen eine enorme Variation der Pflegequalität herrscht und dass *systematische* Mängel bei der Ermittlung von Pflegebedarf und Potentialen,⁸⁹ der Pflegeplanung und -dokumentation, der Wahrung der Selbstbestimmung und Selbständigkeit, sowie bei fast allen grundlegenden Merkmalen der Qualitätssicherung bestehen. Eine weitere bereits etwas ältere, 1996-1997 durchgeführte Befragung in 15 Pflegeheimen in *Bremen* faßte im Hinblick auf die Pflegequalität folgende Ergebnisse in Thesenform zusammen (Bauer 1997): die Dienstleistungsqualität ist in den meisten Heimen eine Angelegenheit der Leitungsebene, die Bewohner werden bei der Qualitätssicherung übergangen, Qualitätsevaluation ist nicht die Regel, die Evaluation der Heimqualität erfolgt auf unterschiedlicher Weise, die Qualität der Leistungen externer Anbieter wird kontrolliert, interne Empfehlungen zur Qualitätssicherung sind in zwei von drei Heimen vorhanden, aber in einem Drittel der Heime fehlen Anleitungen, fast die Hälfte der Heime arbeitet ohne Qualitätshandbuch; Qualitätsempfehlungen von seiten überregionaler Trägerebenen sind in ca. 50% der Heime nicht bekannt, Bundesrahmenvereinbarungen sind in sämtlichen Heimen unbekannt, nur jedes zweite Heim erhält in Fragen der Qualitätssicherung konkrete Hilfestellungen vom Träger, Kontrollen der Kostenträger (z.B. Heimaufsicht) erfolgten in

⁸⁸ Nach den bereits etwas älteren Erhebungen von Infratest verwenden lediglich ca. 20% der Pflegeheime besondere Instrumente zur kontrollierten Beurteilung des Pflegebedarfs (vgl. Niehörster et al. 1998: 69). Vgl. dazu z.B. den Befund aus einer Befragung von Pflegekräften im ambulanten Bereich (N=533): Diese bejahten zwar ebenso wie in der Infratest-Erhebung weit überwiegend (ca. 80%) die umfassende Ermittlung der Bedarfe der Pflegebedürftigen. Konkrete Fragen, z.B., ob Defizite und Ressourcen von Pflegebedürftigen im Rahmen eines methodisch kontrollierten Assessment (Begriff wurde erläutert) ermittelt würden, bejahten nur 17%, nur 25% gaben an, umfassend über Reha- und Aktivierungsmöglichkeiten informiert zu sein und ein ähnlicher Anteil bejahte das Vorliegen ärztlicher Unterlagen (Roth 2001: 287 f.).

⁸⁹ Ergänzend sei auf eine Studie zur mangelhaften Versorgung mit Lesehilfen verwiesen. Danach konnten in einer Untersuchung von 77 Bewohnern in allerdings nur drei Pflegeheimen 45% der Untersuchten Zeitungen auch mit ihrer vorhandenen Sehhilfe nicht lesen. 91% konnten ihre Lesefähigkeit mit Textvergrößerung wiedererlangen, sie waren mit Sehhilfen mangelhaft versorgt (Sadowski et al. 2000).

nur einem Drittel der Einrichtungen, etwa die Hälfte der Heime wollen so weitermachen wie bisher, schließlich merken knapp zwei Drittel der Alten- und Pflegeheime noch keine verstärkte Qualitätskonkurrenz, aber ca. zwei Fünftel verspüren eine verstärkte generelle Rivalität der Anbieter.

Infolge der beschriebenen Qualitätsmängel in deutschen Pflegeheimen ist insgesamt zwar davon auszugehen, dass für die Heimbewohner eine Reihe ‚adverser Effekte‘ entstehen können, die vom rapiden Verlust jeglicher Selbständigkeit bis zum erhöhten körperlichen und psychischen Verfall und vorzeitigen Ableben reichen. Eine genaue Quantifizierung einzelner Qualitätsmängel in repräsentativen Studien fehlt jedoch. Insbesondere fehlen vergleichende Untersuchungen zur Ergebnisqualität, darunter zur Mortalität und zur Veränderung der ADL von Heimbewohnern, die wiederum mit Aspekten der Strukturqualität (z.B. Einsatz von Fachpersonal, Personalbesetzung) oder Prozessqualität (z.B. Art und Weise der Pflegedokumentation oder Ausmaß an Aktivierung) in Beziehung gesetzt werden könnten, womit vertiefende Einblicke in Ursachen und Wirkungen einzelner Pflegemängel gewonnen werden könnten. Ein in allen Untersuchungen mehr oder weniger unberücksichtigt bleibender Umstand stellen auch die ökonomischen, aber auch kulturellen und sozialen Rahmenbedingungen der Pflege und ihre Auswirkungen auf deren Qualität dar. Völlig unberücksichtigt bleibt z.B. meistens, dass bei einem weithin bestehenden Überhang der Nachfrage (Wartelisten)⁹⁰ und einem infolgedessen kaum bestehenden Wettbewerbsdruck kaum ökonomische Notwendigkeiten für Pflegeheime bestehen, eine qualitativ hochwertige Pflege zu leisten. Berücksichtigt werden müssen in diesem Zusammenhang aber auch die Bedingungen des wie dargestellt nur unvollständig funktionierenden Marktes bei Pflegedienstleistungen (insbesondere: Informationsasymmetrien, eingeschränkte Konsumentensouveränität). Insofern käme auch vor diesem Hintergrund einer objektiven flächendeckenden Qualitätsbeurteilung und

⁹⁰ Laut bundesweiten Erhebungen von Infratest führen nur 36% der Pflegeheime keine Wartelisten (Schneekloth/Müller 2000: 182 ff.). Die Wartelisten umfassen durchschnittlich 36 Personen bei einer durchschnittlichen Größe der Pflegeheime von 75 Bewohnern. Den Erwartungen entsprechend haben kleinere eher seltener Personen auf der Warteliste. Eher nicht den Erwartungen entspricht dagegen, dass private gewerbliche Einrichtungen eher seltener Wartelisten führen. Allerdings muss hier berücksichtigt werden, dass private Träger auch eher kleinere Einrichtungen anbieten. Bemerkenswert sind auch die Angaben zu Veränderungen der Wartelisten seit der Einführung der Pflegeversicherung. Danach hat die Personenzahl auf Wartelisten insbesondere bei kleinen und mittleren Einrichtungen zugenommen, bei großen dagegen abgenommen. Dem entspricht wiederum, dass die durchschnittliche Größe der Pflegeheime zwischen 1994 und 1998 von 80 auf 75 abgenommen hat und dass in diesem Zeitraum der Anteil der Einrichtungen in privater gewerblicher Trägerschaft zugenommen hat (von 29% auf 36%).

einer laufenden *Veröffentlichung* aller wichtiger Daten (Benchmarking) von Pflegeheimen eine zentrale Bedeutung zu, wie dies z.B. in den USA praktiziert wird.⁹¹

3.1.3 Zum Dunkelfeld schwerer Pflegemängel: Gewalt, Vernachlässigung, Dekubitus

Nach wie vor ist das „*Dunkelfeld*“ schwerer Pflegemängel in Deutschland nicht durch entsprechende Forschung ausgeleuchtet, auch hier gibt es in erster Linie zwar wichtige und oft erschreckende, aber insgesamt doch wenig aussagekräftige Einzelfallberichte (vgl. Görgen 1999: 61 ff.; Schützendorf 2001). Dieses Dunkelfeld umfasst nicht nur Fälle körperlicher Gewaltanwendung, Misshandlung und extreme Vernachlässigung bis hin zur Tötung (Kortshagen 2001). Dazu gehören auch die mangelhafte Dekubitusbehandlung (vgl. Heinemann et al. 2000), Flüssigkeits- und Ernährungsversorgung⁹² und die unzulässige oder unangemessene Fixierung und Gabe von Sedativa (vgl. Klie/Lörcher 1994).⁹³ Hinzu kommen vielfältige, kaum genau zu bestimmende Formen der ‚psychischen‘ oder strukturellen Gewalt – die wie auch körperliche Mißhandlung allerdings durchaus von beiden Seiten ausgehen kann.

Aufgrund der bisher dazu vorliegenden internationalen Forschungen dürfte die Prävalenz alleine bei der Anwendung körperlicher Gewalt bei ca. 5-14% der in der häuslichen Pflege Versorgten liegen. Forschungen zum stationären Bereich sind noch seltener, hier werden meist lediglich zwei Studien zitiert (Pillemer/Moore 1989; Schneider/Sigg 1990), die Angaben zur Prävalenz von Pillemer/Moore (1989) auf der Basis einer amerikanischen Untersuchung sind in diesem Sektor bedeutend höher.⁹⁴ Danach haben auf der Basis von telefonischen Repräsentativbefragungen von 577 Pflegekräften in amerikanischen Pflegeheimen 36% körperliche Gewalt, 81% psychische Gewalt bei Kollegen beobachtet, selbst körperliche Gewalt haben lediglich 10%, 40% aber seelische Gewalt angewandt, jeweils bezogen auf das zurückliegende Jahr zum Zeitpunkt der Befragung (vgl. Pillemer/Moore 1989; 1990; Görgen 1999). Eine weitere Studie liegt aus der Schweiz

⁹¹ So werden z.B. Pflegebedürftige und deren Angehörige in der Regel erst bei sehr schlimmen Zuständen in Pflegeheimen einen Umzug in Betracht ziehen, so dass insbesondere vor Einzug alle Informationen über Qualitätsparameter vorliegen müssen.

⁹² Vgl. die Beiträge von Müller et al. und Zürcher beim Deutschen Institut für Ernährungsmedizin: www.diet-aachen.de

⁹³ Bemerkenswert ist, dass bspw. in nordischen Ländern oder Japan in Pflegeheimen vergleichbare Klientele nur zu 10% fixiert werden, während in südlichen Ländern der Anteil bei 40% liegt. In den USA laufen derzeit erfolgreich Programme gegen Fixierung mit dem Ziel der völligen Aufhebung derselben (Vollhardt 1999: 171).

⁹⁴ Siehe den Überblick mit Reviews internationaler Forschung bei: Hirsch et al. 1999; vgl. auch: Brendebach 2000; Carrell 1999; Brunner 1999; Görgen 1999, 2000.

vor (Schneider/Sigg 1990; Görgen 1999): Danach haben in einer schriftlichen Befragung 205 antwortende Pflegekräfte die folgenden Vorkommnisse beobachtet:⁹⁵ 61% bejahten, dass Bewohner beleidigt worden seien, 54% gaben an, sie hätten schon beobachtet, dass die Privatsphäre von Bewohnern vernachlässigt worden sei, 34% berichteten über beobachtete Vernachlässigung, 20% von übermäßiger Medikamentengabe zur Ruhigstellung, 6% über sexuelle Belästigung und ebenso viele über Schlagen. Erwartungsgemäß fallen die Antworten zum eigenen Verhalten geringer aus: Hier bejahten 28% das Missachten der Privatsphäre, 15% das Vernachlässigen, 21% Beschimpfen, 9% das Ruhigstellen und nur 1% sexuelle Belästigung und Schlagen.

Eine erste aktuelle empirische Untersuchung zur Gewalt in deutschen Pflegeheimen von Görgen (2000) liefert auf der Basis einer Befragung von 80 Pflegekräften⁹⁶ in 9 Pflegeheimen zusammengefasst die folgenden Befunde: 79% der Antwortenden gaben für die letzten 12 Monate an, selbst mindestens einmal eine der 45 Items mit gewalttätig einzustufenden Handlungen oder Unterlassungen gegenüber Bewohnern verübt zu haben, die mittlere Häufigkeit lag bei 37. Die häufigste Form der Gewaltanwendung war „Bewohner anschreien“, das 47% mindestens einmal während der fraglichen Zeit begangen haben. Danach folgen verschiedene Formen der Unterlassung oder Einschränkungen von Hilfen wie das „absichtliche Ignorieren“ (35%), „Zurückweisen“ (32%), „Bewohner nicht rechtzeitig umlagern“ (31%), „Bewohner nicht rasieren“ (28%), „Beschimpfen“ (25%), „Bewohner auf Hilfe warten lassen“ (20%), „zur Arbeitseinsparung Windeln anlegen“ (16%), „Schamgefühle verletzen“ (14%), „Bewohner auf Toilettengang warten lassen“ (13%), „nicht aus dem Bett holen“ (12%), „nicht ins Freie bringen“ (12%), „Missachten der Privatsphäre“ (11%), „nicht waschen“ (11%), „absichtliches Ärgern“ (10%), „zur Arbeitseinsparung fixieren“ (10%) oder „festhalten“ (9%). Schwere Gewalthandlungen wie Würgen, Treten, Beißen, Ver-

⁹⁵ Bei der Befragung wurde kein Zeitraum der beobachteten Vorkommnisse erhoben; die bejahenden Antworten sind in den Kategorien ‚oft‘, ‚manchmal‘, ‚selten‘ zusammengefasst.

⁹⁶ Die Ausschöpfung von 392 in 9 Pflegeeinrichtungen verteilten Fragebögen war mit 20% wie zu erwarten sehr gering, insbesondere, weil die Heimleitungen diese nicht an die Mitarbeiter weiterleiteten. Ähnliche Probleme sind in derartigen Befragungen bekannt. Ebenso wurde in einer repräsentativ angelegten schriftlichen Befragung von ambulanten Pflegediensten nur eine Ausschöpfung von knapp 10% der kontaktierten Dienste erreicht (vgl. Roth 2001). Unter den Gründen der Nichtbeantwortung dominierten Zeitmangel, Personalmangel und Arbeitsüberlastung, also ähnliche Gründe, die von seiten der Pflege meist für Qualitätsmängel angegeben werden.

prügeln etc. sowie erniedrigende Formen seelischer oder verbaler Gewalt werden gar nicht angegeben.⁹⁷

Auch wurden von 66% der antwortenden Pflegekräften mindestens einmal im vergangenen Jahr Gewalthandlungen von Kolleginnen oder Kollegen gegenüber den Bewohnern in Pflegeheimen *beobachtet*, bei einer durchschnittlichen Häufigkeit beobachteter Handlungen von 107. Unter den berichteten Delikten dominieren auch hier verbale Formen (Anschreien, Beschimpfen) sowie unterschiedliche Arten der bewussten Vernachlässigung (Görgen 2000). Gewalt geht jedoch nicht nur von den Pflegekräften aus, in der genannten Befragung gaben 59% der Pflegekräfte an, selbst in den letzten 12 Monaten einmal *Opfer* physischer oder psychischer Aggression von seiten der Bewohner geworden zu sein, bei einer durchschnittlichen Anzahl von 26 Vorfällen. Auch hier dominiert die Beleidigung, was 40% der Pflegekräfte widerfahren sei, doch immerhin 24 und 23% berichten auch über Treten und Stoßen, 20% über Faustschläge, 17% über Beißen, um nur die häufigsten Formen zu nennen (Görgen 2000).⁹⁸

Was kann hinsichtlich der *Ursachen* oder des *Hintergrundes* der Gewalthandlungen in Pflegeheimen aus den Befragungen gefolgert werden? Zunächst sind beide Variablen, die Berichte über eigene Gewalthandlungen und derjenigen der Kollegen, hoch korreliert ($r=0,78$). Jedoch gibt es keine solchen Beziehungen zwischen der Häufigkeit der eigenen Erfahrung als Gewaltopfer und der *insgesamt* beobachteten oder selbst vorgenommenen Gewalthandlungen bei den Antworten der Pflegekräfte. Allerdings gibt es durchaus einen solchen Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der Angabe von Gewalt von seiten der Pflegebedürftigen (eigene Opfererfahrung) und selbst verübter psychischer und physischer Misshandlung der Bewohner durch die Pflegekräfte (Görgen 2000). Die dahingehende Ursachenforschung geht weiter davon aus, dass neben individuellen Täteraspekten wesentliche Gründe für Gewaltanwendung gegen oder Vernachlässigung

⁹⁷ In einer Befragung von Beschäftigten in der ambulanten Pflege bestätigten lediglich 5% der 533 antwortenden Pflegekräfte schwerwiegende Pflegemängel, Vernachlässigung oder Mißhandlung der Pflegebedürftigen (in den letzten 12 Monaten); 12% berichteten über die Anwendung ‚funktionaler Gewalt‘ (Fixierung, Gabe von Sedativa), wobei 78% der Pflegekräfte diese für notwendig hielten (Roth 2001: 308 f.).

⁹⁸ Auch die Gewalt von seiten der Klienten wurde in der Befragung ambulanter Pflegekräfte deutlich seltener berichtet, dieses bejahen 15% von 533 Beschäftigten (Roth 2001: 307). Die Formen der Gewalt von seiten der Pflegebedürftigen und Angehörigen sind vielfältig, sie reichen von Anschreien, Beleidigungen, bis hin zum Schlagen oder sonstigen tätlichen Angriffen auf die Pflegekräfte wie Beißen, Würgen, Kratzen etc. Ebenso verschieden sind die Gründe, die laut der Einschätzungen der Beschäftigten zur Gewalt von seiten der Pflegebedürftigen und Angehörigen führen können; vorwiegend genannt wurden Demenz, die Unzufriedenheit mit dem Befinden oder Schmerzen sowie die Überlastung von Angehörigen. Jedoch liegen hier nur sehr geringe Fallzahlen vor, so dass weitere Untersuchungen dazu nötig wären. Ebenso disparat sind die Angaben zur Häufigkeit der Gewaltvorkommnisse, die von einmal pro Jahr bis zu täglich schwanken, der mittlere Wert (Median) liegt bei vier (Roth 2001).

von Pflegebedürftigen durch Pflegekräfte die Überforderung der Pflegekräfte,⁹⁹ persönliche Konflikte und – damit oft einher gehend – schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen wie Demenz und/oder soziale Isolation bei den Pflegebedürftigen darstellen (vgl. Hirsch/Brendebach 1999; Hirsch et al. 1999; Görgen 1999).

Diese Befunde werden durch die Untersuchung von Görgen (2000) im wesentlichen bestätigt: Diejenigen Pflegekräfte, welche eine hohe Zahl eigener Delikte angaben, beschreiben sich tendenziell als ausgebrannt, überfordert, verbraucht oder emotional erschöpft; sie nehmen den direkten Kontakt mit den Pflegebedürftigen als belastend wahr, haben Schwierigkeiten, im Umgang mit Bewohnern eine entspannte Atmosphäre zu schaffen, haben das Gefühl, hart zu arbeiten, klagen über Zeitdruck, leiden an Schlafstörungen oder anderen körperlichen Symptomen und sind reizbar (wobei jeweils signifikante positive Korrelationen zwischen 0,33 und 0,25 zu verzeichnen waren). Die Gesamtzahl berichteter Delikte ist zudem recht stark positiv korreliert mit „sich krank melden“ oder Psychopharmakagebrauch ($r=0,46-0,49$).¹⁰⁰ Ebenso führen die Pflegekräfte auf Fragen zu Ursachen von Gewalt in Pflegeheimen in erster Linie Personalmangel und Arbeitsüberlastung, die fehlende Professionalität oder persönliche Eignung von Pflegekräften, mangelnde Finanzmittel und gesellschaftliche Wertschätzung der Altenpflege oder die Schwierig-

⁹⁹ Ohne Zweifel ist die körperliche und psychische Arbeitsbelastung von Pflegekräften in der Regel sehr hoch. Primär werden in der Literatur ‚burnout‘, psychische Beeinträchtigungen, körperliche Beschwerden (vor allem im Wirbelsäulenbereich) und Mitarbeiterfluktuation im Pflegebereich thematisiert, was hier jedoch nicht weiter ausgeführt werden soll (siehe dazu: Zimber 1998, 1999; Zimber/Weyerer 1999; Zimber et al. 2000; als aktuellen amerikanischen Beitrag: Cohen-Mansfield/Noelker 2000). Aktuell wurde dazu auch von der Deutschen Angestelltenkrankenkasse und Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege eine Studie vorgelegt (Berger et al. 2001). Den meisten Untersuchungen mangelt es jedoch an der methodischen Zuverlässigkeit – häufig dominieren Befragungen des subjektiven Befindens ohne Verwendung kontrollierter Methoden der Beanspruchungsmessung – und dem Anspruch auf Repräsentativität. Kaum vergleichend untersucht ist bisher offenbar auch die Frage, inwiefern bestimmte berufliche Erwartungen und Persönlichkeitsstrukturen, Coping-Strategien und soziale Fähigkeiten bei den in den Pflegeberufen Tätigen systematisch zur Belastungsempfindung führen (vgl. Zimber et al. 2000: 69 f.).

¹⁰⁰ Ähnliche Befunde liefert die o.g. Befragung von 533 Pflegekräften im ambulanten Sektor, wengleich hier insgesamt vergleichsweise eher günstige Bedingungen zu herrschen scheinen (Roth 2001): Hier korreliert z.B. die Bejahung von Gewaltvorkommnissen signifikant mit dem Umfang abgeleiteter Überstunden; generell konnte die These untermauert werden, dass mit steigenden prekären Arbeitsbedingungen (Überstunden, empfundene Desorganisation) einer steigenden subjektiven Arbeitsbelastung und einer sinkenden Arbeitszufriedenheit auch die Feststellung von Qualitätsmängeln, die schlechtere Bewertung der Qualität des Pflegedienstes und die Bejahung der Existenz von Beschwerden von seiten der Kunden einher geht. Auch zeigt der Umgang mit Arbeitsüberlastung z.T. ähnliche problematische Befunde: Während anderen Pflegekräften immerhin von 45% der antwortenden Beschäftigten eine geringe Motivation und von 40% eine schlechte Laune bei der Arbeit infolge von Arbeitsüberlastung bescheinigt wird, sehen dies bei sich 24% und 18% als gegeben an. Auch „in Zweifelsfällen eher krank sein“ bejahen 40% der Beschäftigten bei anderen Pflegekräften als Bewältigungsstrategie, aber nur 3% für sich selbst. „Den Frust an den Pflegebedürftigen oder Kunden auslassen“ wird für andere Pflegekräfte von einem Viertel der Antworten als Reaktion auf Überlastung bestätigt, jedoch nur zu 3% bei sich selbst.

keit von Bewohnern an. Es dominieren also Erklärungsansätze, welche der öffentlichen Diskussion über Mißstände in der Altenpflege entsprechen (Görgen 2000).¹⁰¹

Neben Gewalt und Vernachlässigung von Pflegeheimbewohnern gelten *Dekubitalgeschwüre* oder *Druckgeschwüre* als Ausdruck schwerwiegender Pflegemängel und die dahingehende Prophylaxe stellt ein wesentliches Qualitätskriterium der Pflege dar. So kann als gesichert gelten, dass Dekubitus zwar nicht in allen Einzelfällen vollständig vermieden, aber doch auf ein Minimum reduziert und dass deren Inzidenz als Indikator der Pflegequalität gesehen werden kann (vgl. Heineman et al. 2000). Als wichtigste Ursachen für die Entstehung von Dekubitalulcera gelten eine ungenügende lokale Druckentlastung der betroffenen Körperstellen, eine inadäquate Wundversorgung und eine unzureichende Energie, Nähr- und Wirkstoffversorgung (vgl. Fußnote 92 oben). Doch auch zur Prävalenz und zu den Hintergründen von Dekubitus in deutschen Pflegeheimen gibt es erst wenige Untersuchungen, die jedoch erschreckende Befunde zutage förderten.

Für breites Aufsehen in Deutschland sorgte eine in Hamburg durchgeführte Leichenschau im Jahr 1998 durch das Institut für Rechtsmedizin der Universität Hamburg. Dort wurde bei 10.222 Fällen eine Prävalenz für Dekubitalgeschwüre der Grade I bis IV in Höhe von 11,2% gefunden, die in etwa in der Bandbreite bisheriger internationaler Forschungsergebnisse liegt (Heinemann et al. 2000). Klar erhöht war das Risiko insbesondere in den Sommermonaten, bei Frauen und bei Altersschwäche, Demenz, Insult und andere neurologischen Grunderkrankungen, chronischer Nierenerkrankung und Traumaanamnese. Darüber hinaus spielte aber auch die *Institutionalisierungsform* zum Sterbezeitpunkt eine Rolle: Über die Hälfte aller Grad IV-Fälle kamen in Hamburg aus dem *Pflegeheimbereich*, nur 34% aus Privathaushalten und 12% aus Krankenhäusern. Als Gründe für eine grundsätzlich höhere Dekubitusprävalenz im Pflegeheimsektor kommen neben der allgemein höheren Multimorbidität Wechselwirkungen zwischen Institutionalisierung und den Risikofaktoren weibliches Geschlecht, Altersmarasmus sowie Insult in Frage. Ein direkter Rückschluss auf eine mangelnde Pflege ist zwar durch diese Befunde nicht möglich. Allerdings bestanden in der Mehrzahl der Fälle nicht abgetragene Randnekrosen, in 12% der Fälle schien

¹⁰¹ Auch dazu liegen die Befunde der Befragung von 533 Beschäftigten in der ambulanten Pflege sehr ähnlich (vgl. Roth 2001). Hier werden als Ursachen für Pflegemängel primär Personalmangel, Zeitmangel und die mangelnde Kommunikation, Planung und Organisation genannt. Danach folgen Kompetenz- und Führungsmängel der Leitungen sowie der Kosten- und Wirtschaftlichkeitsdruck, aber auch die mangelnde Motivation, Konzentration und Qualifikation der Mitarbeiterinnen. Schließlich werden der häufige Personalwechsel, die Personalfuktuation und die schlechte Bezahlung als Hintergründe von Pflegemängeln genannt.

der Befund so ausgeprägt, dass hier seit längerer Zeit kein Débridement mehr erfolgt sein konnte (Heinemann et al. 2000: 47).

Eine wiederum vom Hamburger Institut für Rechtsmedizin durchgeführte Nachfolgeuntersuchung ergab nur geringfügige Korrekturen der genannten Ergebnisse mit einer unwesentlich geringeren Anteil der in Pflegeheimen verursachten Dekubitalulcera (immer noch 53%), bei einer allerdings deutlich kleineren Population (vgl. LT-Drs. 16/5998, S. 49 ff.; Heinemann et al. 2001: 511). Die in dieser Untersuchung vertieften Ursachenanalysen ergab, dass der mittlere Wert der Dauer der in Pflegeheimen gestorbenen Dekubitusfälle 123 Tage betrug. Jeder fünfte Patient war länger als ein Jahr erkrankt, fast jeder zehnte drei Jahre oder länger. Die längste Dauer der Druckgeschwüre betrug mehr als sechs Jahre (Heinemann et al. 2001: 511 f.).¹⁰² Problematisch an der Pflege erwies sich in dieser vertiefenden Analyse erneut die Situation der Pflegeplanung und -dokumentation: Standard-Dekubitusdokumentationen wurden so gut wie gar nicht genutzt. Risikoeinschätzungen für die es ebenfalls international gängige Instrumente gibt, erfolgten nur vereinzelt, Lagerungsmaßnahmen wurden kaum dokumentiert (Heinemann et al. 2001: 512 f.). Nur in maximal 25% der untersuchten Fälle entsprach die durchgeführte Prophylaxe aktuellen Leitlinien (Heinemann et al. 2001: 514). Zudem waren Ärzte an präventiven Maßnahmen kaum beteiligt, selbst in der Therapie der rd. 20% schweren Dekubitusfällen waren sie nicht involviert. Die Untersuchung liefert aber Hinweise darauf, dass auch die ärztliche Praxis im Jahr 1998 nicht an vorhandenen Therapieleitlinien orientiert war; teilweise wurden zur Wundbehandlung Maßnahmen verordnet, die nicht dem Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprachen. Schließlich wurden von Heinemann et al. (2001) anhand der vertiefenden Analyse einige Koordinationsprobleme zwischen den beteiligten Institutionen (auch: Kostenträger) und Berufsgruppen angesprochen, welche allerdings nur einen kleinen Teil der ungenügenden Dekubitusprophylaxe und -behandlung erklärten.

Die Hamburger Erkenntnisse wurden durch eine Studie des Instituts für Rechtsmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover (Eidam) grundsätzlich bestätigt (vgl. KDA 2002).¹⁰³ Danach wurden bei über 12.000 zwischen Februar 1999 und Ende 2001 untersuchten Verstorbenen sogar

¹⁰² Unter den Bewohnern der Pflegeheime mit höhergradigem Dekubitus wiesen 57% hirnorganische Erkrankungen, 49% Herzinsuffizienz, 26% Insult, 21% Cerebrovaskuläre Insuffizienz/TIA, 19% Lungenleiden u. Trauma der unteren Extremität, 18% Diabetes Mellitus und 16% Tumorleiden auf, um nur die häufigsten zu nennen. Pro Bewohner wurden durchschnittlich drei Erkrankungen dokumentiert, in 20 der 75 auszuwertenden Fälle wurden akute Erkrankungen aus den Dokumentationen in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Erstbeschreibungsdatum für den finalen Dekubitus bringen (Heinemann et al. 2001: 512).

¹⁰³ www.kda.de, Pressemitteilung vom 11. März 2002.

bei 14,4% Dekubitalulcera der unterschiedlichsten Ausprägungsgrade gefunden. Aufgrund nur selten vorhandenen Dokumentationen seien weder die Orte der Entstehung noch die Ursachen genau zu ermitteln gewesen. Diese Geschwüre, so Eidam, seien in den schlimmsten Fällen aber zweifellos völlig ohne Behandlung geblieben, sonst hätten nicht teilweise pizzatellergroße Zonen entstehen und Menschen quasi „bei lebendigem Leibe verfaulen“ können (KDA ebenda).

Neben der mangelhaften Prävention und Behandlung von Dekubitalulcera tritt offenbar auch die Vernachlässigung im Bereich von Ernährung und Flüssigkeitsversorgung in deutschen Pflegeheimen auf, wobei beides wiederum im Hinblick auf die Entstehung von Dekubitus eine zentrale Rolle spielt, so die Befunde des Deutschen Instituts für Ernährungsmedizin.¹⁰⁴ Danach zeigt etwa die Hälfte der Senioren bei der Aufnahme in eine Klinik oder ein Altenheim Symptome einer Malnutrition. Leider gehöre jedoch die systematische Erfassung des Ernährungszustandes in Altenheimen nicht zum Standarddiagnoseprogramm, so dass dahingehende bei Senioren regelmäßig auftretende Probleme häufig unerkannt und unbehandelt blieben (Müller et al. 2002). Dem entspricht die o.g. Analyse der Entstehungsbedingungen und Verläufe von Dekubitus in Pflegeheimen und das gefundene Ergebnis, dass in der Risikophase nur bei 16% und selbst in der Behandlungsphase nur bei 37% die Flüssigkeitsaufnahme durch die Pflege dokumentiert wurde, obwohl in der Risikophase (Behandlungsphase) bei 54% (79%) der Fälle Ernährungsprobleme und bei 60% (82%) solche der Flüssigkeitsaufnahme dokumentiert worden waren (Heinemann et al. 2001: 512).

3.1.4 Qualität und die Sicht der Klienten

Einschätzungen von Bewohnern von Pflegeheimen

Für die folgenden empirischen Befunde sei auf die in Kap. 2.4 oben ausführlich erörterten konzeptuellen und methodischen Probleme beim Einbezug der Sicht der Bewohner von Pflegeheimen auf die Pflegequalität verwiesen. An dieser Stelle flossen z.T. bereits auch wesentliche empirische Informationen zu den Präferenzen und spezifischen Sichtweisen der ‚Kunden‘ auf die Pflegequalität in Pflegeheimen ein. Empirische Befunde zur Beurteilung der Qualität der profes-

¹⁰⁴ www.diet-aachen.de; dieses schätzt in diesem Zusammenhang die Zahl der Dekubitusfälle in Deutschland auf jährlich 400 bis 500 Tsd., allerdings sind die dem zugrunde liegenden Daten und Methoden nicht erläutert.

sionellen Pflege durch die Klienten finden sich allerdings in weitaus umfangreichem Ausmaß für den Bereich der häuslichen Pflege, während in Pflegeheimen eher regionale und kleinere Kundenbefragungen vorherrschen,

Als Hintergrund der Einschätzung von Befragungen von Heimbewohnern zur Pflegequalität ist neben der methodischen Problematik folgendes von Bedeutung. Allen bekannten Erhebungen zufolge ist der weit überwiegende Wunsch alter Menschen, nicht nur in Deutschland, eben *nicht* in ein Pflegeheim einziehen zu müssen; der Wunsch, in der gewohnten privaten Umgebung und nicht von Fremden gepflegt zu werden, wird laut Befragungen von Pflegebedürftigen und Angehörigen von den allermeisten (78%) geäußert (Schneekloth/Müller 2000: 63).¹⁰⁵ Entsprechend verbleiben diese solange wie möglich zuhause und ziehen in der Regel erst im sehr hohen Alter von ca. 80 Jahren um, wenn ein Verbleib zuhause nicht mehr als möglich erachtet wird, d.h. wenn der gesundheitliche Zustand zu schlecht, der Pflegebedarf zu groß geworden und andere (v.a. informelle) Hilfen nicht verfügbar oder ausreichend sind (vgl. Schneekloth 1997; Heinemann-Knoch et al. 1998). Der Pflegebedarf der Bewohner von Pflegeheimen ist also in der Regel bereits beim Eintritt sehr hoch (vgl. Heinemann-Knoch ebenda): 23% der Pflegebedürftigen in Heimen befanden sich laut als repräsentativ für die Gesamtbevölkerung ausgegebenen Erhebungen in Pflegestufe III, 37% in Pflegestufe II, 23% in Pflegestufe I und 12% in der sogenannten Pflegestufe 0 (also Pflegebedürftige, die knapp unterhalb der Leistungsschwelle des SGB XI blieben), nur 5% sind reine Wohnfälle (Schneekloth/Müller 2000: 133). Nur etwa ein Viertel der Bewohner von Pflegeheimen weist zudem *keine* wesentlichen kognitiven Einschränkungen auf, etwa die Hälfte muss dahingehend als schwer beeinträchtigt oder desorientiert betrachtet werden (Schneekloth/Müller 2000: 135; Wingefeld/Schnabel 2002 56 f.). Auch verbleiben die Bewohner durchschnittlich nur noch 36 Monate in einem Pflegeheim, wobei aber auch berücksichtigt werden muss, dass diese Werte jeweils sehr stark streuen können (vgl. Schneekloth/Müller 2000: 131). Schließlich gilt zu berücksichtigen, dass auch nach der Einführung der Pflegeversicherung etwa 35% der Bewohner von Pflegeheimen auf Sozialhilfe angewiesen sind, mit künftig wieder steigender Tendenz (vgl. Roth/Rothgang 2001). All diese Aspekte sollten berücksichtigt werden, wenn Befragungen von Heimbewohnern zur Pflegequalität erörtert werden, weil, wie dargestellt, u.U. systematische Verzerrungen der Ergebnisse vorliegen könnten (z.B. bei einer übermäßigen Repräsentation von sozial schlechter gestellten oder kognitiv beeinträchtigten Personen).

¹⁰⁵ Vgl. Walker/Maltby 1997: 105 auf der Basis einer in der EU durchgeführten Befragung; Kalisch et al. 1998 für die OECD.

Ein weiterer zu berücksichtigender Hintergrund stellen lange Wartelisten (siehe Fußnote 90 oben) und oft mehrjähriger Wartezeiten auf Pflegeheimplätze dar. Deshalb muss angesichts der oft plötzlich eintretenden Verschlechterungen des Gesundheitszustandes oder des Bruchs ‚informeller Unterstützungsnetze‘ davon ausgegangen werden, dass der Umzug und die Auswahl der Pflegeeinrichtung meist nicht ausreichend geplant erfolgen kann, so dass meist ad hoc und pragmatisch auf naheliegende Pflegeheime mit freien Kapazitäten zurückgegriffen werden muss. Dabei entwickelt die Fremdbestimmung durch Angehörige und Institutionen (Ärzte, Krankenhäuser) einen großen Einfluss auf die Wahlentscheidung (vgl. Heinemann-Knoch et al. 1998: 76 ff.; Berger/Gerngroß-Haas 1999). Die Auswahlentscheidung ist aber von umso größerer Bedeutung, weil hier nach einem einmal erfolgten Einzug ein Umzug in andere Pflegeheime nur äußerst selten erfolgen dürfte. Dazu ist von Interesse, dass ein Wechsel bereits im ambulanten Bereich, wo dieses ungleich leichter fällt, nur selten erwogen wird (siehe unten).

Von grundlegender Bedeutung erscheint bei der Auswahl der Pflegeeinrichtung der Befund internationaler Forschung, dass Pflegebedürftige, welche sich vor der Auswahl eines Heimes breit informiert, deutlich zufriedener waren als andere (vgl. Kruzich 2000: 87), was durch die Intensivbefragung von Heinemann-Knoch et al. (1998: 82 ff.) von 116 Bewohnern in Deutschland bestätigt wird. Hier muss erneut berücksichtigt werden, dass der Umzug in ein Pflegeheim als harter und schmerzhafter Einschnitt in das Leben, als Verlust der Selbständigkeit empfunden und nur schwer verarbeitet wird, was eben umso besser gelingt, je bewusster geplant dieser Prozess verläuft (Heinemann-Knoch 1998: 82 f.). Nur einige Häuser, so die Untersuchung weiter, betreiben aber zunehmend eine ‚Politik der Öffnung‘ (z.B. durch einen vorherigen Hausbesuch), um die psychischen Belastungen eines Umzugs präventiv aufzufangen. Aufnahmeverfahren und Rituale zur Begrüßung fehlten jedoch häufig, personelle Zuständigkeiten waren nicht immer eindeutig geregelt (Heinemann-Knoch et al. 1998: 84). Einer Kundenbefragung von 67 katholischen Pflegeeinrichtungen zufolge wurden nur 30% der alten Menschen bei der Heimaufnahme nach ihren Wünschen und Lebensgewohnheiten gefragt; mit 36% wird regelmäßig und mit 19% wird gelegentlich über ihre Bedürfnisse geredet (vgl. Knäpple/Hiniger-Riesterer 2000: 16).

Die mit einem Einzug in ein Pflegeheim verbundene Einschränkung der Selbstbestimmung und das Gefühl des Verlustes des Zuhauses wird zusätzlich durch *Doppel-* oder gar *Mehrbettzimmer* verstärkt: Noch nicht einmal die Hälfte der Plätze in Pflegeheimen sind Einbettzimmer (vgl. Schneekloth/Müller 2000: 138). Dabei ist laut Heinemann-Knoch et al. (1998: 84 ff.) zu bedenken, dass selbst Doppelzimmer in der Regel nur 16-18 Quadratmeter groß sind, keine Eigenmöb-

lierung zulassen und der verbleibende Platz mit Rollstühlen, Gehhilfen oder Toilettenstühlen verstellt ist.¹⁰⁶ Entsprechend positiver sind auch die Befragungsergebnisse von Bewohnern in Einbettzimmern (Heinemann-Knoch et al. 1998: 89 f.). Diese Untersuchung misst der Wohnform sogar die entscheidende Bedeutung zu im Hinblick auf die Gesamtzufriedenheit und das Wohlbefinden der Heimbewohner (Heinemann-Knoch et al. 1998: 118). Die große Bedeutung von Einbettzimmern zur Wahrung der Intimsphäre und des Gefühls der Selbständigkeit als Qualitätsindikatoren bestätigt auch die o.g. Kundenbefragung von 67 katholischen Pflegeeinrichtungen (Knäpple/ Hiniger-Riesterer 2000: 16 f.). Dort heißt es: „Die von den Befragten geäußerten Wünsche und Verbesserungsvorschläge weisen darauf hin, dass aus Sicht der alten Menschen das Einzelzimmer und die Sanitätsausstattung des Zimmers wesentliche Qualitätsindikatoren im Bereich des Wohnens sind.“

Ähnliche Ergebnisse liefert auch eine Befragung von Heimbeiräten und Heimleitungen in Baden-Württemberg,¹⁰⁷ wobei hier eine Disparität ins Auge fällt: Ein Einzelzimmer zu bekommen, schätzen 78% der Heimbeiräte als sehr wichtig für die Bewohner bei der Auswahl eines Heimes ein; dagegen denken lediglich 31% der Heimleiter, dass dieses aus der Sicht der Bewohner sehr wichtig sei (Cook/Klein 1997: 21). Dieses Kriterium war aus der Sicht der Heimbeiräte neben dem Vertrauen in die Fähigkeiten der Pflegekräfte und dem guten Ruf des Heimes das wichtigste für Bewohner. Dagegen schätzten Heimleitungen, dass der gute Ruf des Heimes, gefolgt vom Vertrauen in die Fähigkeiten der Pflegekräfte, die wichtigsten Auswahlkriterien eines Pflegeheimes für Bewohner darstellen (Cook/Klein 1997: 20). Ebenso wurde die Wichtigkeit des Auswahlkriteriums „Therapeutische und rehabilitative Möglichkeiten, Krankengymnastik, Massage“ nur von 32% der Leitungen, dagegen von 82% der Heimbeiräte als wichtig für die Bewohner erachtet (ebenda).¹⁰⁸ Umgekehrt verhielt sich dagegen der Dissens bei der Einschätzung der Wichtigkeit

¹⁰⁶ Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass nach Heinemann-Knoch et al. (1998: 100) auch sonstige bauliche Bereiche in der Mehrzahl der Einrichtungen schwere und gefährdende Mängel aufweisen. Im übrigen wird die Wohnlichkeit und Ausgestaltung der Räume als sehr unterschiedlich beschrieben, wobei in der Tendenz jedoch in Doppelzimmern und mit steigender Pflegebedürftigkeit die Gestaltungsspielräume abnehmen (Heinemann-Knoch et al. 1998: 100-103).

¹⁰⁷ Befragt wurden jeweils 200 Heimleitungen und Heimbeiräte, allerdings war die Ausschöpfung mit 15% und 20% recht gering (vgl. Cook/Klein 1997).

¹⁰⁸ Kritisch ist zu dieser Befragung noch anzumerken, dass bei der Auswertung der Erhebung nicht berücksichtigt wurde, dass die Heimbeiräte offenbar eher dazu tendierten, mehr oder weniger alles als „sehr wichtig“ oder „wichtig“ zu erachten, während die Heimleitungen eher eine differenzierte Bewertung auf den Skalen vornahmen.

der Pflegepraxis für die Bewohner: Dieses schätzen die Heimleitungen deutlich höher ein als die Heimbeiräte (Cook/Klein 1997: 25).¹⁰⁹

Ein weiteres Qualitätskriterium, das für die Selbstbestimmung der Heimbewohner und deren Wohlbefinden zentral ist, stellt der *Tagesablauf* im Heim dar. Diesbezüglich sei zunächst an die o.g. Untersuchung erinnert, welche die dahingehende rigide Ordnung und mangelnde Selbstbestimmung im Vergleich zu englischen Heimen als eine zentrale Eigenheit und Mangel deutscher Heime beschrieb (Klein 1997). Dazu auch Heinemann-Knoch et al. (1998: 91): „Vor allem am morgendlichen Wecken und an oft starren Essenszeiten wurde die Dominanz ablaufbezogener Arbeitsorganisation gegenüber einem flexiblen Eingehen auf individuelle Wünsche der Bewohner deutlich. In acht Einrichtungen (...) wurde schon ab 6.30 Uhr geweckt. ... Das frühe Wecken wird nach unseren Beobachtungen von den Bewohnern in allen Einrichtungen nicht gewünscht.“ Und zu den durchaus vielfältigen Gruppen-, Tages- und Abendaktivitäten heißt es: „Für verwirrte Bewohner sind die unterstützend strukturierenden Möglichkeiten in den meisten Häusern noch in erheblichem Umfang auszubauen.“ (Heinemann-Knoch et al. (1998: 95).

Zusammengefasst erfolgt auf der Basis von Beobachtungen in 20 Pflegeheimen und der Befragung von 116 Bewohnern eine Bewertung, welche den bisher dargestellten Befunden entspricht: „Unsere Studie hat gezeigt, dass sich Logik und Logistik der Arbeitswelt derzeit in den meisten Einrichtungen gegenüber den lebensweltbezogenen Bedürfnissen der Bewohner durchsetzen. Dabei sind die potentiellen wie realen Möglichkeiten der Einflussnahme von Nutzerseite gering. ... Beispiele zeigen, dass Spielräume für wesentlich mehr Selbstbestimmung und Mitbestimmung gegeben sind.“ (Heinemann-Knoch et al. 1998: 118) Und weiter: „Wir stellten in den meisten Häusern fest, dass es Bewohnern sehr schwer fiel, ihre Wünsche zu äußern, da sie negative Konsequenzen befürchteten. ... Insgesamt fehlt bei einer Mehrzahl der Einrichtungen unserer Stichprobe eine konsequente Bewohnerorientierung, die sich als Nachlässigkeit, Gleichgültigkeit bis zu einer schleichenden strukturellen Gewalt dargestellt hat.“ (Heinemann-Knoch et al. 1998: 202)

¹⁰⁹ Wieder etwas andere Prioritäten werden bei einer kleinen regionalen Befragung von *Angehörigen* von Pflegeheimbewohnern deutlich (Berger/Gerngroß-Haas 1999). Hier tragen zur Gesamtbewertung insbesondere folgende Kriterien bei: Erreichbarkeit; die grundsätzliche Atmosphäre des Heimes; bauliche Aspekte; Begleitung beim Übertritt ins Heim; psycho-soziale Aspekte; hauswirtschaftliche Aspekte; Aspekte der Pflege (Qualifikation des Personals, Aktivierung der Pflegebedürftigen, Rücksichtnahme auf Bewohnerwünsche); Finanzen und Leitung (S. 63-67)

Angesichts der festgestellten positiven Beispiele und des in der vertiefenden Beobachtung sowie auf der Basis von Mitarbeiterbefragungen betonten Wichtigkeit der Variablen Führung, Konzept und Organisation sowie Kommunikation in den Pflegeheimen sind diese hier dargestellten Mängel allerdings nicht allein auf oft zu hörende restriktive Finanzbedingungen oder die Personalausstattung zurückzuführen. Dazu z.B. Heinemann-Knoch et al. (1998: 211): „In einigen Häusern empfanden die Mitarbeiterinnen die Arbeitsspitzen während der Pflege am Morgen, der Essensausgabe mittags und abends, und während der abendlichen Pflegerunde zur Vorbereitung der Nachtzeit als belastend, entwickelten aber keine Initiativen, die Situation zu verbessern. Die Kombination aus intensiver, spannungsgeladener Beschäftigung mit den pflegebedürftigen Bewohnerinnen und ausgedehnten Rückzugspausen (z.B. Frühstückspausen) trafen wir dort, wo unreflektiert über Zeitmangel geklagt wurde.“ Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang auch das Ergebnis einer Untersuchung in 20 britischen Pflegeeinrichtungen, wonach die Zufriedenheit der Pflegebedürftigen zwar signifikant mit dem Grad der Restriktivität der Einrichtung negativ korrelierte, d.h. die Zufriedenheit stieg mit der nachlassenden Restriktivität, dass sich aber der Personalanteil nicht auf die Zufriedenheit der Pflegebedürftigen niederschlug (Shepherd et al. 1996: 453).

Abschließend ist nochmals zu betonen, dass die in Bewohnerbefragungen immer wieder berichteten sehr positiven Bewertungen mit Vorsicht einzuschätzen und genauer unter die Lupe genommen werden müssen. Ein besonderer Augenmerk ist vor dem Hintergrund einer ohnehin aus verschiedenen dargelegten Gründen sehr hoch zu erwartenden Zustimmung den feinen Abweichungen und Unterschieden zu Idealnoten und zu Vergleichswerten anderer Einrichtungen oder Items zu widmen.¹¹⁰ So ist z.B. die von Knäpple/Hiniger-Riesterer (2000) bei einer Befragung von über 3.000 Bewohnern in 67 katholischen Pflegeeinrichtungen festgestellten Bewertung der erbrachten Leistungen von 78% mit sehr gut (28%) oder gut (50%) so zu interpretieren, dass immerhin 22% der Bewohner die Leistungen eben *nicht* als zumindest gut bewertet.¹¹¹ Auch die Autorinnen erkennen: „Hier werden Verbesserungspotentiale deutlich“ zumal die Ergebnisse zwischen den Einrichtungen stark variieren. In dieser Untersuchung werden neben oben genannten

¹¹⁰ Zusätzliche Auswertungsmöglichkeiten bieten Unterscheidungen einzelner Gruppen von Antwortenden.

¹¹¹ Vgl. die Gesamtbewertung von Angehörigen über 40 Qualitätsaspekte von zwei Einrichtungen. Hier vergeben 65% der Angehörigen die Noten 1 und 2, 22% vergeben eine Drei, 13% eine Vier bis Sechs (Berger/Gerngroß-Haas 1999: 52). Diese etwas kritischere Einschätzung könnte die Annahme von Berger/Gerngroß-Haas bestätigen, dass Angehörige die Pflegequalität nicht ganz so unkritisch bewerten wie Bewohner, die einem besonders starken Druck sozialer Erwartungen und der Tendenz unterliegen, Kritik nur sehr vorsichtig gegenüber ihrer Ein-

weitere konkrete Verbesserungswünsche von den Bewohnern geäußert, die allerdings nicht weiter quantifiziert oder in eine explizite Rangfolge gebracht werden: Mehr Zeit für Pflege; mehr psychosoziale Betreuung; stärkere Ermutigung selbst aktiv zu bleiben; fachlich zuverlässigere Pflege; ernst nehmen der Wünsche oder Bedürfnisse und Freundlichkeit; eine auf die Bedarfe abgestimmte Angebotsstruktur im Bereich der Aktivitäten sowie Informationen über vorhandene Angebote; mehr Unterstützung, um an Veranstaltungen und Aktivitäten teilzunehmen.¹¹²

Sichtweisen von Pflegebedürftigen in Privathaushalten

Wie zu erwarten war, zeigen auch die durchgeführten Befragungen von Pflegebedürftigen und Angehörigen in Privathaushalten mehr oder weniger übereinstimmend eine hohe bis sehr hohe *globale Zufriedenheit* sowohl mit den Leistungen der Pflegeversicherung als auch mit den Pflegeeinrichtungen:¹¹³ Der Aussage, dass die Pflegetätigkeit auf einem hohen fachlichen Niveau ausgeführt wird, stimmen in groß angelegten Befragungen immerhin 65% der Haushalte „voll und ganz“ und weitere 23% „eher“ zu.¹¹⁴ Bei weiter differenzierter Nachfrage war erstaunlich, dass ebenfalls 51% „voll und ganz“ sowie weitere 21% „eher“ der Aussage beipflichten, dass meist auch Zeit für ein persönliches Gespräch zwischen Pflegebedürftigen und professionellen Helfern bleibe. Ebenso mehrheitlich positiv wird die Anleitung der Angehörigen durch die professionellen Mitarbeiter bewertet. In diesem Fall stimmen aber immerhin 24% der entsprechenden Aussage „überhaupt nicht“ und weitere 15% „eher nicht“ zu. Geteilt sind hingegen die Meinungen hinsichtlich der Bereitschaft oder Möglichkeit der Mitarbeiter von Pflegediensten, bei Bedarf auch einmal andere Leistungen als die, die über die Pflegeversicherung vereinbart worden sind, auszuführen.

richtung anzubringen. Allerdings ist die Aussagekraft der genannten Befragung auch mit einer sehr kleinen Fallzahl (69) belastet.

¹¹² Auch dazu ergänzend die Rangfolge der häufigsten Kritikpunkte und Verbesserungsvorschläge, die im Rahmen einer offenen Fragestellung von 69 Angehörigen von Pflegebedürftigen in zwei Pflegeheimen formuliert wurden (Berger/Gerngroß-Haas 1999: 75 f.): Probleme in Zweibettzimmern; Personal-/Zeitmangel (dadurch auch: überforderte u. unzufriedene Mitarbeiterinnen, Fluktuation, fehlende Präsenz von Pflegekräften, Wartezeiten); Essen; Mangel an Freizeit-/Bewegungs-/Therapieangeboten; Wäschebehandlung; Atmosphäre (durch Schwerstpflegefälle, Geruch etc.); mangelnde Nutzbarkeit öffentlicher Räume; Leitung; Körperpflege.

¹¹³ Die folgende Darstellung stützt sich überwiegend auf die bei Roth 2001.

¹¹⁴ Allerdings sind nur die Pflegebedürftige in Privathaushalten enthalten, und es wurde nicht differenziert zwischen verschiedenen Leistungsgruppen (Empfänger professioneller und nicht professioneller Leistungen) gefiltert (vgl. Schneekloth/Müller 2000: 69). Zudem ist hier der methodische Mangel anzumerken, dass in der Untersuchung eine Angabe gültiger Nennungen pro Item fehlt und lediglich allgemeine Angaben zur Stichprobenziehung und -größe (1.426 Privathaushalte) sowie zur Ausschöpfungsquote (67%; 17% verweigerten generell die Teilnahme) gemacht werden.

Hier stimmen 31% „voll und ganz“ und 22% „eher“ zu, während 10% dieser Aussage „eher nicht“ und ebenfalls 31% „überhaupt nicht“ bejahen (Schneekloth/Müller 2000: 70).

Dieses Bild wird bestätigt und ergänzt durch eine ebenso recht aktuelle Versichertenbefragung im Auftrag der Deutschen Angestelltenkrankenkasse (DAK): Danach waren mit den Leistungen der ambulanten Pflegedienste nur 7% „weniger zufrieden“ oder „unzufrieden“, allerdings hatten immerhin 14% der Befragten bereits einmal *Reklamationen* angebracht, wovon wiederum 69% beigelegt worden sind (Klie 1999: 23).¹¹⁵ Offen bleibt allerdings bei den zwei hier referierten großen Befragungen, ob die Auftraggeber, so die DAK (bei: Klie 1999) oder das Bundesministerium für Gesundheit (bei: Schneekloth/Müller), den Befragten genannt wurde, was vermutlich nicht ohne Einfluss geblieben sein dürfte. Ferner gilt es die angesprochenen möglichen Verzerrungen im Antwortverhalten zu beachten: So wird z.B. Kritik gegenüber Pflegediensten in den jüngeren Altersgruppen signifikant häufiger geäußert als in älteren (vgl. Klie 1999). Demgegenüber kommt eine kleinere Kundenbefragung zu deutlich höheren kritischen Werten: Hier berichten immerhin 40%, dass sie sich bei einem Pflegedienst beschwert hätten (nach Klie ebenda).

Die Treue zu Pflegediensten ist – trotz Wahlfreiheit und Marktorganisation – sehr hoch: 81% der Befragten hatten bisher keinen Wechsel des Pflegedienstes vorgenommen, nur 19% hatten mindestens einmal ihren Dienst gewechselt, wobei offenbar eine solche Bereitschaft in den Metropolen geringer war als in ländlichen Gebieten und in kleineren Städten (Klie 1999: 19). Als Gründe für den Wechsel wurden überwiegend die Unzufriedenheit mit der Pflege, fehlendes Vertrauen, Unpünktlichkeit und Kritik am Verhalten einzelner Pflegepersonen (52%) genannt; ferner gaben 47% Qualitätsmängel (ohne einheitliches Profil) an, 44% den Umstand, dass keine feste Pflegekraft vom Pflegedienst eingesetzt wurde, sondern diese ständig wechselten; 29% nannten Fehler bzw. Misstrauen in bezug auf die korrekte Abrechnung (Klie 1999: 20).

Das für den stationären Bereich berichtete Moment der stark ‚eingeschränkten‘ Selbstbestimmung und Rationalität bei der Wahl einer Pflegeeinrichtung kann im übrigen auch für den ambulanten Bereich beobachtet werden, wo „Naheliegendes“ und „Zufälliges“ dominiert, weniger Qualitätsüberlegungen (vgl. Roth 2001). Laut einer Befragung von 1000 deutschen und niederländischen Pflegebedürftigen in der ambulanten Pflege informieren sich auch die wenigsten über Angebot und Preise der Dienste (Grieshaber 2000b: 23). Offen bleibt bei dieser Sekundärquelle, die sich auf eine nicht weiter genannte Studie bezieht, allerdings die genauen Angaben zu Daten und

¹¹⁵ Vgl. ähnliche Ergebnisse aus einer Befragung in Baden-Württemberg (Knäpple et al. 1997).

Methoden. Darüber hinaus legt eine breit angelegte Befragung von Pflegekräften (n=533) nahe, dass die Art und Weise der Erstberatung durchaus sehr heterogen ist und oft zu wünschen übrig lässt (vgl. Roth 2001). Darüber hinaus können daraus weitere Mängel in der Beratung und beim Vertragsabschluss aufgezeigt werden.

Aus einer in Deutschland und der Niederlande durchgeführten Befragung von 1.000 Pflegebedürftigen geht hervor, dass – bei insgesamt ebenso hoher Zufriedenheit (80% der Antworten) – die durch Angehörige oder andere informelle Pflegekräfte Gepflegten generell eher zufriedener sind als die durch ambulante Pflegedienste Gepflegten (Grieshaber 2000b: 22). Ein Viertel der in der genannten deutsch-niederländischen Studie befragten deutschen Pflegebedürftigen gaben zudem an,¹¹⁶ dass die ausgeführten Pflegetätigkeiten nicht immer die seien, die sie selbst wünschten oder für nötig hielten. Ebenso berichtet nur ein Viertel, dass Leistungen vertraglich und schriftlich festgehalten seien. Sachleistungsempfänger sind weniger zufrieden mit der Dauer und der Leistung der Pflege zu den vereinbarten Zeiten und mit der Anzahl der Besuche der Pflegekraft pro Woche. Sachleistungsempfänger müssen sich demnach auf durchschnittlich vier Pflegekräfte einstellen. Für knapp die Hälfte der Sachleistungsempfänger ist das aber kein Problem. Ebenso viele sind allerdings mit der Koordination der Hilfeleistungen durch die verschiedenen Pflegekräfte zufrieden (Grieshaber 2000b: 23 f.). Andere Untersuchungen belegen im übrigen, dass Patienten, die nach dem Pflegeprozessmodell gepflegt wurden, nicht zufriedener waren als eine Vergleichsgruppe (Müller/Thielhorn 2000: 81).

Eine Befragung von 347 pflegebedürftigen Menschen durch die Stiftung Warentest (1998) förderte empfindliche Problembereiche zutage – bei wiederum sehr hoher globaler Zufriedenheit mit der Arbeit der ambulanten Pflegedienste. Zwar wurde den meisten Diensten ein freundlicher, zuvorkommender Umgang und zuverlässige Betreuung bescheinigt. Auf der anderen Seite wurden aber Eigenmächtigkeit der Pflegekräfte, geringe fachliche Kompetenz und mangelndes Einfühlungsvermögen beklagt; weiterhin beanstandeten die Patienten den häufigen Personalwechsel, Zeitknappheit, ein kompliziertes Abrechnungsverfahren sowie die Unpünktlichkeit der Pflegenden (z. n.: Müller/Thielhorn 2000: 83). Applebaum/Christianson (1988) stellten in den USA aufgrund von Patientenbefragungen ähnliche Problemzonen der ambulanten Pflege fest, jedoch gepaart mit gravierenden Mängeln: Unpünktlichkeit, nicht entschuldigtes Fernbleiben, Vernachlässigung und sogar Misshandlungen der Patienten durch die Pflegenden (z. n.: Müller/Thielhorn 2000: 83).

¹¹⁶ Insgesamt wurden 1000 deutsche und niederländische Pflegebedürftige in der häuslichen Pflege befragt (vgl. Grieshaber 2000b).

Deshalb sei an dieser Stelle nochmals auf die angesprochene mögliche Diskrepanz zwischen der Angabe globaler Zufriedenheit und der Benennung einzelner gravierender Mängel durch die befragten Patienten hingewiesen. Während eine Untersuchung in den USA auf allgemeine Fragen (ob etwa die Pflegekräfte ihre Arbeit gut ausführen, ob diese freundlich sind usw.) einen Zustimmungswert von 90% der Befragten erreichte (Applebaum et al. 1993, zit. nach Coleman 2000), sagten bei konkreteren Nachfragen ein Fünftel, dass die Pflegekräfte unpünktlich seien, und 17%, dass sie nicht informiert wurden, wenn ein Dienst überhaupt nicht kommen konnte. Und obwohl 95% von in Ohio befragten Konsumenten ihren Pflegedienst empfehlen wollten, berichteten 14% über Vorfälle von Beschimpfungen von seiten der Pflegekräfte, 5% nannten sogar körperliche Misshandlungen durch die Beschäftigten von Pflegediensten (Coleman 2000). Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt eine in Indiana flächendeckend durchgeführte Erhebung (Kinney et al. 1997, zit. nach Coleman 2000).¹¹⁷ Schließlich unterstreicht die Studie von Applebaum et al. (1997/1998, zit. nach Coleman 2000) eine erhebliche Diskrepanz zwischen den sehr positiven Urteilen von Zufriedenheitsstudien (durchgeführt in drei Staaten der USA) und den dahingehenden kritischen Urteilen der ebenso befragten Case Manager. Auch hier gilt, dass subjektive Zufriedenheit keineswegs immer mit einer objektiv hohen Pflegequalität korrelieren muss (vgl. Aust 1994: 36).

Andererseits kann nicht davon ausgegangen werden, dass differenziertere Fragen den Widerspruch zwischen globaler Zufriedenheit und der Äußerung von Qualitätsproblemen von seiten von Patienten ohne weiteres auflösen könnten. So fanden Geron et al. (2000) – bei einem durchschnittlichen Wert der Zufriedenheit mit den einzelnen Bereichen der häuslichen Pflege zwischen 66,4% (Essen auf Rädern) und 80,1% (häusliche Krankenpflege) – relativ wenig verzerrende Durchschlagskraft einzelner Items¹¹⁸ oder Dimensionen (z.B. Kompetenz/Qualität, Systemadäquanz, positive/negative persönliche Beziehungen, Wahlmöglichkeit) auf die Werte der globalen Zufriedenheit (Mean: 75%). Dennoch ist auch hier bereits die *Streuung* der globalen Zufriedenheitswerte erheblich (zwischen 13 und 98 auf einer Skala von 0 (niedrigster) und 100 (höchster Wert), und es gibt eine große Varianz bei der Einschätzung der Qualität und Zufriedenheit von

¹¹⁷ Auch eine Befragung in Taiwan erbrachte eine Diskrepanz zwischen einer enormen Zustimmung im großen und ganzen und der recht häufigen Benennung einzelner Probleme: So fanden immerhin zwei Fünftel der informellen Pflegepersonen die schnelle Hilfe in Notfällen und die telefonische Bereitschaft durch Pflegedienste nur teilweise akzeptabel (Chiu et al. 1997).

¹¹⁸ Nr. 1: „My (homemaker/home health aide) is very thorough“ (Geron et al. 2000: 264).

seiten der Pflegebedürftigen und der kontrollierend befragten Care Manager (Geron et al. 2000: 266).

Das insgesamt überaus positive Bild, das sich aus den genannten Befragungen für die Zufriedenheit der Pflegebedürftigen mit der professionellen Pflege ergibt, scheint also je nach Fragestellung und Methode sowie auch regional zu variieren.¹¹⁹ Deshalb müssen hier weitere differenziertere Untersuchungen mit verschiedenen Methoden ansetzen. So könnten überaus negative Berichte aus einzelnen Regionen zum Teil aufgrund der dortigen besonderen Versorgungssituation, zum Teil aber auch mit der Schwäche global ansetzender Zufriedenheitsbefragungen zu erklären sein, weil sich eben einzelne gravierende Probleme nicht entsprechend in der Gesamtzufriedenheit niederschlagen, in besonderen regionalen Untersuchungsansätzen oder intensiven Erhebungen aber durchaus zutage treten. In Hamburg waren z.B. bei der Verbraucherzentrale binnen 16 Tagen 110 auszuwertende Anrufe eingegangen, darunter 93 zum Teil massive Beschwerden, welche Pflegedienste ins Zwielficht brachten. Die meisten Beschwerden (52) bezogen sich auf vermuteten Abrechnungsbetrug, ständigen Personalwechsel (44), schlechten menschlichen Umgang (35), schlechte Kompetenz und ebenso häufig Unzuverlässigkeit der Pflegekräfte (je 26) sowie mangelnde Beratung (17); vgl. Verbraucherzentrale Hamburg 1997: 34 f. Ferner wurden in Hamburg bei Kontrollen durch den MDK immerhin bei 21% der Pflegedienste festgestellt, dass die sichere Pflege nicht immer gewährleistet ist.¹²⁰

3.2 Vertiefende internationale Analysen der Pflegequalität

Aufgrund der Tatsache, dass in der deutschen Pflegeforschung weder die Versorgungsabläufe noch der Stand der Prozess- und Ergebnisqualität als solche flächendeckend und differenziert untersucht wurden, ist die Erforschung von *Hintergründen* der Pflegequalität, inwiefern z.B. eine schlechte Struktur- oder Prozessqualität auch schlechte Ergebnisse produzieren, in Deutschland

¹¹⁹ Z.T. deutliche Unterschiede in den Präferenzen von Patienten fanden Degenholtz et al. 1997 zwischen eher gemischten ländlichen und städtischen Regionen in den USA.

¹²⁰ Andererseits ist aus einer Untersuchung in Bremen, wo ebenso eine weit überdurchschnittliche Versorgungslage vorliegt (vgl. Gerste/Rehbein 1998), zu berichten, dass in einem Jahr nur 144 Anrufe in einem zentralen Beschwerde- und Informationsbüro (des Sozialamtes der Stadt Bremen) eingegangen sind, wovon 55 (38%) Beschwerden waren, die sich zu einem Drittel auf ambulante Pflegedienste und dabei meistens auf Abrechnungsfragen bezogen (Görres/Hinz 2000). Hier darf jedoch vermutet werden, dass die Bereitschaft, Beschwerden anzubringen gegenüber der Verbraucherzentrale grundsätzlich eher höher sein dürfte als gegenüber einer

noch nicht einmal in Ansätzen geleistet. Dazu kann im folgenden lediglich auf internationale Forschungsergebnisse zurückgegriffen werden. Deren Darstellung erscheint vor diesem Hintergrund aus methodischen Überlegungen und zu Vergleichszwecken geboten, zumal diese Forschungen in der deutschen Pflegefachliteratur offenbar kaum wahrgenommen werden.¹²¹ Zunächst sollen im folgenden zentrale und aktuelle internationale Forschungsergebnisse zum Hintergrund der Qualität der Pflege im stationären Sektor und anschließend ergänzend auch solche aus dem ambulanten Bereich aufgezeigt werden.

3.2.1 Stationärer Sektor

Der Zusammenhang zwischen *Strukturvariablen* (darunter vor allem Personalbesetzung, Größe, Trägerschaft der Einrichtung) und Variablen des *outcome* der Pflege (wie Mortalität, Veränderung des funktionalen Status, Fixierungen, Druckgeschwüre etc.) scheint nach internationalen Forschungen überraschend wenig eindeutig. Der Einsatz genügender und vor allem gut *ausgebildeter Pflegekräfte* gilt zwar seit Florence Nightingale gemeinhin als Garant für eine gute Pflege und eine gesundheitsfördernde Wirkung. Allerdings blieben die tatsächlich empirisch nachgewiesenen Zusammenhänge zwischen organisatorischen Variablen und outcome-Variablen wie der Mortalität, Veränderungen der ADL oder ‚adverse outcomes‘ oft weithin unklar, so Mitchell et al. (1997), die in einem Review dieser Frage nachgehen (vgl. auch Rantz 1995, 1998; Porell/Caro 1998; Mara et al. 1999: 235). Mitchell et al. (1997) stellen außerdem fest, dass fast alle dahingehend gefundenen empirischen Studien (81) in der Akutmedizin angesiedelt sind und der Zusammenhang zwischen dem Einsatz professionellen Pflegepersonals und der Pflegequalität für die Dauerpflege erst in jüngster Zeit für Pflegeheime erforscht wurde. Insgesamt liegen wenig eindeutige Ergebnisse vor, jedoch scheint der Zusammenhang zwischen dem Ausmaß eingesetzten professionellen Pflegepersonals und einer geringeren Mortalität in der Dauerpflege eher als in der Akutmedizin gegeben zu sein (Mitchell et al. 1997: 22), wo technischen Aspekten ein höheres Gewicht zukommt. Und auch im Hinblick auf ‚adverse Effekte‘ (oft gemessen an der Veränderung von Druckgeschwüren, dem Ausmaß an Fixierung, der Katheterverwendung, von Medikamentenfehlern¹²² oder der Krankenhauseinweisung) gab es unterschiedliche Wirkungen der Variable

Behörde der Sozialverwaltung (Sozialamt). Hier ist zu berücksichtigen, dass ‚der Gang zum Sozialamt‘ generell als Stigma gilt.

¹²¹ Wie bereits erwähnt bestätigen Ausnahmen wie Gebert/Kneubühler (2001) die Regel.

¹²² Diese können in hohem Maße zur Hospitalisierung beitragen: Zunächst fand eine Studie, dass die Ablehnung von Medikamenten mit der zunehmenden Anzahl der Verordnungen steigt und dass ältere Menschen mit der

Personalbesetzung: So war der Einsatz professionellen Pflegepersonals, d.h. der günstigere Anteil von Pflegepersonal zu Patienten in Pflegeheimen, in einigen Untersuchungen mit *geringeren* Raten adverser Effekte für die Patienten verbunden, während in anderen Studien *keine* derartige Beziehung oder sogar die *umgekehrte* festgestellt wurde (Mitchell et al. 1997: 26).¹²³

Für die Wirkung des Einsatzes professionellen Pflegepersonals auf die (sinkende) Rate an Qualitätsmängeln in der Pflege spricht eine aktuelle flächendeckende Untersuchung von Harrington et al. (2000a) und auch weitere dort genannte empirische Analysen. Diese Erhebung richtete sich an *alle* Pflegeeinrichtungen in den USA, die staatlich für die Abrechnung mit Medicare und Medicaid zertifiziert wurden und umfasste 13.770 an der Zahl.¹²⁴ Die Beobachtungen bezogen sich auf den Zeitraum von einem Jahr (7/95-6/96). Insgesamt wurden 81.534 Qualitätsmängel dokumentiert, d.h. durchschnittlich fast 6 pro Einrichtung.¹²⁵ Die daraufhin durchgeführten statistische Analysen zeigten, dass *geringere* Anteile an eingesetztem professionellen Pflegepersonal signifikant mit zunehmenden Qualitätsmängeln in der Pflege, aber nicht mit wachsenden Defiziten der allgemeinen Lebensqualität der Bewohner einher gingen; ein solcher Zusammenhang bestand jedoch beim Anteil der eingesetzten Pflegehilfskräfte, während die Arbeitskapazität der Leitungskräfte keinen Einfluss auf beide Defizite ausübte; dieses gilt auch für das Verwaltungspersonal und das hauswirtschaftliche Personal (Harrington et al. 2000a: 282). Eine Beobachtung von 301 Pflegebedürftigen in 88 Pflegeheimen in Kanada fand ebenso positive Wirkungen des Einsatzes professioneller Pflegekräfte, wobei die Studie von Bravo et al. (1999) ein eigenes Instrument der outcome-orientierten Qualitätsmessung in der Pflege verwendete.¹²⁶ Bei der Erklärung der Vari-

zunehmenden Zahl und Komplexität der Verordnungen überfordert sind; 17% der Hospitalisierung älterer Menschen trat aufgrund von Medikamentenfehlern ein, die wiederum fast sechs Mal höher war als im Vergleich zur allgemeinen Population (Cassel 2000: 391).

¹²³ Vgl. Porell/Caro 1998 m.w.N. in bezug auf Fixierungen und Druckgeschwüre; Berlowitz et al. (1999) nennt weitere Untersuchungen, die eine höhere Mortalität der Bewohner und einen höheren Anteil fixierter Bewohner in Pflegeheimen mit einer besseren Personalausstattung fanden. Ebenso nennen die Autoren Studien, wo keine Zusammenhänge zwischen den Variablen Personalausstattung und Qualität der Pflege belegt werden konnten.

¹²⁴ Einige insbesondere kleinere Einrichtungen und Ausreißer bei der Personalbesetzung wurden im Interesse der Datenqualität ausgeschlossen.

¹²⁵ Durchschnittlich wurden 3,4 Pflegestunden pro Tag und Bewohner aufgewendet, nur 60% der gesamten Arbeitszeit des Personals. Die Bewohner hatten eine mittlere Einschränkung bei den ADL von 5,78 (auf einer Skala von 1-9, mit 9 als am stärksten eingeschränkt), 42,4% waren dement, 6,5% hatten Druckgeschwüre.

¹²⁶ Jeder Patient wurde durch Krankenschwestern oder Sozialarbeiter, die in der verwendeten Messtechnik geschult wurden und Erfahrung im Assessment älterer Pflegebedürftiger aufwiesen, mehrmals besucht (unter Begleitung/Supervision von fünf Assessoren). Gemessen wurden soziodemographische Daten, die funktionale und kognitive Beeinträchtigung und die Pflegequalität. Der funktionale Status wurde mit dem Functional Autonomy Measurement System (SMAF) (Hébert 1997) und die kognitive Fähigkeit mit dem Modified Mini-Mental State Examination (3MS) (Teng & Chui 1987, in Anlehnung an Folstein) gemessen (zit. nach Bravo et al. 1999). Während der Einsätze wurde bereits die Pflegequalität hinsichtlich folgender Kriterien bewertet: Gesamteindruck des

anz der Pflegequalität spielte vor allem die Ausbildung (dichotome Variable) der leitenden Pflegekraft eine Rolle, d.h. in Einrichtungen mit professionellen leitenden Pflegekräften waren erstens *höhere* Werte der Pflegequalität zu finden und der genannte Einfluss der kognitiven Dysfunktion war geringer, d.h. das Absinken der Pflegequalität mit steigender kognitiver Beeinträchtigung machte sich hier weniger bemerkbar (Bravo et al. 1999).

Über widersprüchliche Ergebnisse zum Zusammenhang der Variablen Personalbesetzung und der Ergebnisqualität berichten dagegen Porell/Caro (1998: 666): Danach fanden zunächst Linn et al. (1977) sowohl das Überleben als auch Verbesserungen des funktionalen Befindens der Bewohner positiv korreliert mit einer besseren Ausstattung an Pflegefachkräften in Pflegeheimen. Ebenso entdeckten Cohen/Spector (1996, zit. nach Porell/Caro ebenda) eine signifikante negative Beziehung zwischen der Mortalität und der Fachkräfteausstattung in Pflegeheimen. Dagegen fanden Spector/Takada (1991) und Porell/Caro selbst (1998) *keine* solchen Zusammenhänge zwischen der Fachkräfteausstattung und der Mortalität sowie den Veränderungen in den ADL und dem funktionalen Status der Bewohner in Pflegeheimen. Entgegen den Erwartungen liefert auch die Analyse von Berlowitz et al. (1999) in 128 amerikanischen Pflegeheimen *keine* positiven Wirkungen eines besseren Fachkräfteanteils der Pflegeheime in bezug auf das Qualitätskriterium Druckgeschwüre (unter Einbezug von Risikofaktoren), *im Gegenteil*. Ebenso wenig konnten die erwarteten Beziehungen für andere Parameter der Personalbesetzung bestätigt werden. Erstaunlich an dieser Untersuchung war auch, dass Pflegeheime, die als Ausbildungsstätten fungierten, ebenso keine besseren Resultate im Hinblick auf die Entstehung und Veränderung von Dekubitus lieferten. Im übrigen schnitten bei der Untersuchung von Berlowitz et al. (1999) sehr große und sehr kleine Einrichtungen sowie solche in städtischen Regionen eher schlechter ab hinsichtlich des Qualitätskriteriums Dekubitus. Insofern folgern Berlowitz et al. (1999: 43), dass für die Ergebnisqualität in Pflegeheimen einzelne organisatorische Prozesse wichtiger als die pure Personalbesetzung seien, die künftig stärker in Forschungen berücksichtigt werden müssen.

Bewohners, Hautzustand, Ernährung, Flüssigkeit, Ansprechbarkeit und soziale Aktivität. Bei nicht ansprechbaren Bewohnern wurden die Pflegekräfte befragt und eigene Ratings vorgenommen. Beobachtet wurden auch Bedingungen der Sicherheit der Bewohner, Privatsphäre, Sauberkeit und sonstigen Umweltaspekte des Heimes. Zur eigentlichen Qualitätsmessung wurde ein standardisiertes Instrument verwendet (QUALCARE), welches 54 Items in sechs Bereichen umfasst: Umwelt, körperliche und medizinische Versorgung, Psychosoziales, Menschenrechte und Finanzen. Jeder Item ist auf einer Skala von 1-5 bewertet. Die Validität und Reliabilität des Instrumentes wurde getestet (Bravo et al. 1999: 182).

Neben der Personalbesetzung im ganzen oder des Einsatzes von Fachkräften spielen in einigen internationalen Forschungen *spezielle Ausbildungen* von Pflegekräften, Trainingsmaßnahmen oder Pflegeformen eine Rolle im Hinblick auf die vergleichende Betrachtung der Pflegequalität. So fanden Kane et al. (1989, zit. nach Mitchell et al. 1997) in einer speziellen Fragestellung bestätigt, dass der Einsatz von Projekttraining für Geriatriepflegerinnen in 30 Pflegeheimen im Vergleich zur Kontrollgruppe die Sterberate senkte.¹²⁷ Ferner konnten z.B. Rosen et al. (1999: 40) anhand von Messungen in Pflegeheimen den Erfolg von Rehabilitation nachweisen: „residents who received rehabilitation services were consistently less likely to decline in functional status (gemessen anhand von ADL-Skalen, Anm. d. Verf., G.R.) than residents who had not received rehabilitation services“. Auch Ryden et al. (2000) belegten, allerdings in einem kleinen Setting die Wirksamkeit des Einsatzes spezieller gerontologisch ausgebildeter Pflegekräfte: „Trajectories from admission to 6 months revealed that residents with advanced practice gerontological nurses input into their care (n=86) experienced significantly greater improvement or less decline in incontinence, pressure ulcers, and aggressive behavior, and they had higher mean composite trajectory scores compared with residents receiving usual care (n=111)“ (654). Einen Effekt des Einsatzes spezieller multidisziplinärer Teams im Hinblick auf die Quantität und Qualität des Einsatzes von Psychopharmaka in schwedischen Pflegeheimen belegen Untersuchungen von Schmidt et al. (1998). In einem Kontrollgruppendesign konnte am Beispiel von 33 Pflegeheimen (mit 1.854 Bewohnern) gezeigt werden, dass nach 12 Monaten Teammeetings ein Rückgang eingesetzter Psychopharmaka um 19-60% realisiert werden konnte, gleichzeitig nahmen die Anweisungen für eher akzeptable Formen des Einsatzes von Antidepressiva zu. In der Kontrollgruppe ohne spezielle Teams nahm zwar ebenso der Einsatz eher akzeptabler Mittel zu, allerdings ohne signifikante Reduktionen bei anderen inakzeptablen Psychopharmaka.¹²⁸

Als weitere Strukturvariablen wurden in den USA insbesondere die *Größe* von Einrichtungen oder die Art der *Trägerschaft* (profit- vs. non-profit) häufig in Relation zur Ergebnisqualität untersucht, erneut mit gemischten Resultaten. In der genannten Analyse von Harrington et al. (2000a) war ein auffälliges Ergebnis, dass kleine und staatliche sowie Non-Profit-Pflegeeinrichtungen weniger Qualitätsmängel aufwiesen als große und am Profit orientierte, und dass Einrichtungen mit einem

¹²⁷ Andere Variablen der Pflegeeinrichtungen wie Größe, Trägerschaft oder Stadt/Land-Zugehörigkeit hatten dagegen keinen Einfluss auf die Mortalität der Patienten (Davis 1991, zit. nach Mitchell et al. 1997).

¹²⁸ Diese Klassifizierung richtete sich nach Richtlinien der Swedish Medical Product Agency für Psychopharmaka, deren Umsetzung mit den Teams gefördert werden sollte.

hohen Anteil an Medicaid-Patienten (wirtschaftlich Benachteiligte) mehr Defizite aufwiesen.¹²⁹ Dagegen fanden Porell/Caro in ihren Literaturstudien wenig Evidenz dafür, dass die Größe oder der Trägertypus (for-profit- vs. nonprofit) mit der Mortalität und dem funktionalen Status der Bewohner in Beziehung stehen, zwei Studien fanden allerdings signifikante negative Relationen zwischen Profit-Status und Mortalitätsraten (vgl. Porell/Caro 1998: 666). Spector et al. (1998) ermittelten wiederum durchaus signifikante Einflüsse der Variablen Trägerschaft (profit vs. nonprofit) auf die Pflegequalität, wobei die Non-Profit-Einrichtungen erneut eher besser abschnitten im Hinblick auf die Verminderung adverser Effekte auf die Bewohner. Allerdings fand auch eine Selektion der Bewohnerschaft dergestalt statt, dass in Non-Profit-Einrichtungen mehr hingefällige Pflegebedürftige, mehr Selbstzahler und weniger Medicaid-Patienten waren, und die Autoren zweifeln selbst, ob sie alle Eigenheiten und Risiken der Bewohnerstruktur in den Analysen ausreichend berücksichtigen konnten (Spector et al. 1998: 650). Dagegen stellten Castle/Shea (1998) keinen wesentlichen Selektionseffekt der Bewohner je nach Trägertypus (profit vs. nonprofit) in einer Analyse von 1.315 dementen Pflegeheimbewohnern fest. Ferner waren die Tendenzen hinsichtlich der Einflüsse von Größe und Trägertypus auf die Pflegequalität (v.a. Prozess- und outcome-Dimensionen) erneut uneinheitlich. An dieser Stelle muss natürlich besonders der Effekt nationaler Eigenheiten und Strukturen erwähnt werden, so dass diese Ergebnisse hinsichtlich des Einflusses der Trägerschaft ebenso wie die Befunde zur Variable Qualifikation des Personals nicht ohne weiteres auf Deutschland übertragbar sind.

Ebenso wenig eindeutig sind nach bisherigen internationalen Forschungen die Beziehungen zwischen *Kosten* oder zur Verfügung stehenden Finanzmitteln und der Pflegequalität, sofern diese am Ergebnis gemessen wird.¹³⁰ So fanden Porell/Caro (1998) keine signifikante Korrelation zwischen Kosten und Pflegequalität. Grabowski (2001) berichtet über Studien, die sogar eine negative Beziehung feststellten, d.h. einer sinkenden Qualität bei steigenden Kosten, und wieder andere, welche eben keine Wirkungen einer besseren Finanzausstattung im Hinblick auf die Ergebnisqualität, gemessen z.B. an der Mortalität oder dem Vorkommen von Druckgeschwüren.

¹²⁹ Unter Einbezug der Einrichtungsmerkmale und der Region stieg die ‚erklärte‘ Varianz insgesamt auf 21%, was allerdings auch bedeutet, dass ein weit überwiegender Anteil der Streuung der Qualitätsmängel mittels aller eingesetzter Variablen *nicht* erklärt werden konnte. Insofern vermuten Harrington et al. (2000), dass weitere Variablen, wie z.B. spezifische Aspekte der Ausbildung, die Erfahrung des eingesetzten Personals, die Personalfuktuation und andere organisatorische Merkmale eine Rolle im Hinblick auf die Qualität der Pflege spielen könnten.

¹³⁰ Angesichts des hohen Anteils an Personalkosten, wobei wiederum der Löwenanteil auf die Pflegekräfte entfällt, an den Gesamtkosten von Pflegeheimen wäre es kaum sinnvoll, hier die Strukturqualität anhand der Zahl des eingesetzten Personals zu messen.

Dagegen zeigen die neueren Auswertungen von Grabowski (2001) von Daten aller 15.364 Pflegeheime zwischen 1995 und 1996 einen signifikanten, allerdings geringen, Einfluss größerer Finanzmittel auf das geringere Ausmaß an Dekubitus. Ein wichtiger Aspekt oder eine intervenierende Variable stellte offenbar das knappe Angebot und die Marktlage dar, die negativen Wirkungen von Ausweitungen der Finanzausstattung dürften also insbesondere bei einer ungedeckten Nachfrage auftreten. Da hier Grabowski (2001) zufolge in den letzten Jahren in den USA eine wesentliche Veränderung der ökonomischen Rahmenbedingungen aufgrund einer sinkenden Nachfrage nach Pflegeheimplätzen auftrat, sind die veränderten Resultate erklärbar. Ein weiterer Aspekt stellt dar, dass bei Medicaid-Patienten offenbar überhaupt weniger Anreize bestehen, einen Qualitätswettbewerb zu führen (vgl. Grabowski 2001:564), was grundsätzlich auch bei Sozialhilfe-Patienten der Fall sein dürfte. Schließlich zeigen Mukamel/Spector (2000), dass eine höhere Pflegequalität nicht notwendigerweise mit höheren Kosten einher gehen muss. Vielmehr tritt oft eine gespiegelte U-Kurve auf, d.h. dass eine höhere Qualität bei niedrigen Kosten durchaus möglich scheint.

Diese Analyse zeigt, dass sowohl verbessertes *Management* und *Pflegeplanung* als auch die bessere Pflegequalität selbst (z.B. durch Rehabilitation) auch Kosten einsparen. ‚Managed Care Plans‘ bringen nicht nur Einsparwirkungen, sondern auch eine positive Wirkung für die Pflegequalität, so die Untersuchung von Schnelle et al. (1999), die dies in einem quasi-experimentellen Design, allerdings lediglich anhand Kriterien des Pflegeprozesses in bezug auf die geriatrischen Problembereiche Stürze und Fieber zeigen. So erhielten die Fälle mit Managed-Care-Bedingungen eine deutlich höhere Anzahl an rechtzeitigen und adäquaten Interventionen auf Stürze und Fieber, aber auch mehr Routinevisitationen durch spezielle Pflegekräfte und -teams als die Fälle der Kontrollgruppe. Dies bewerteten allerdings sowohl Familienangehörigen als auch die Klienten selbst nicht entsprechend. Ferner äußerten diese deutlich voneinander abweichende Erwartungen und Einschätzungen angemessener Besuchshäufigkeiten (Schnelle et al. 1999). In diesem Zusammenhang ist auch der Befund von Interesse, dass nach Spector/Takada (1991) eine geringere Frequenz wechselnder Pflegekräfte mit einer Verbesserung des funktionalen Status von Pflegebedürftigen einher geht (zit. n. Spector/Mukamel 1998: 296).

Widersprüchlich sind dagegen andere Befunde zur Wirkung *organisatorischer Prozesse* der Pflege (wie der Koordination und des Kommunikationsflusses) auf die Ergebnisqualität, so z.B. der Mortalität, wozu wiederum primär Ergebnisse aus der Akutmedizin berichtet wurden (Mitchell et al. 1997: 24 f.). Ähnliches gilt für den Einsatz und die Güte von Dokumentationen auf adverse

Effekte (Mitchell et al. ebenda), wobei die Dokumentationen in Pflegeheimen jedoch oft schlicht nicht vorhanden oder aussagekräftig waren, so dass daraus auch nicht hervor ging, welche Pflege geleistet wurde und welche Effekte der Führung der Dokumentation auf die Qualität zu verzeichnen waren.

Allerdings konnte in einem Vergleich zwischen *staatlich überwachten* und nicht kontrollierten Pflegeheimen festgestellt werden, dass bei der zuletzt genannten Gruppe nicht nur die Dokumentation eher fehlte, sondern dass auch die Inzidenz adverser Effekte wie Druckgeschwüre bei fehlender staatlicher Kontrolle der Pflegeeinrichtungen hoch war (Mitchell et al. 1997: 27). Darüber hinaus wird in diesem Review kritisiert, dass in den meisten bis dahin vorliegenden Studien keine Differenzierung der Analyse hinsichtlich von Patientenkategorien oder der Schwere der Krankheiten sowie der Pflegebedarfe vorgenommen wurde. Außerdem fehlte eine Differenzierung der Vergleichsperspektive auf der organisatorischen Ebene, d.h. dass die Pflegequalität, gemessen an Mortalität oder adverser Effekte stärker in bezug auf *differenzierte organisatorische Aspekte* (Abteilungen oder bestimmte Prozesse) und weniger auf die Organisation als Ganzes untersucht werden sollte (Mitchell et al. 1997: 28 f.). Schließlich betonen die Autoren: „Most of the work in this area is just beginning to be reported in the literature or is in progress“ (ebenda: 28). Im Hinblick auf die Messung der Prozessqualität und ihren Auswirkungen ist der Beitrag von Holtzman et al. (1997) wegweisend, die für die Pflegeprobleme „shortness of breath“, „fever“, and „chest pain“ Messungen für die *Prozessqualität* entwickelten und testeten. Hier konnte eine recht hohe Validität und Reliabilität (intrarater- und interraterbezogen) erreicht werden. Ferner eigneten sich die Bewertungen der Pflegequalität in hohem Maße zur Vorhersage des Todes der Pflegebedürftigen, d.h. es konnte ein merklicher Effekt der Prozessqualität auf die Todeswahrscheinlichkeit nachgewiesen werden.

Die Zahl der *externen Kollaborateure* fanden auch Bravo et al. (1999) in der o.g. kanadischen Untersuchung als weiteren erklärenden Faktor der unterschiedlichen Performance der Pflegeeinrichtungen. Darüber hinaus waren erneut die Größe der Einrichtungen und das durchschnittliche Alter der Patienten für die Erklärung der Varianz der Pflegequalität relevant. Das heißt, in Einrichtungen, die mehr externe Kollaboration aufwiesen, war die Pflegequalität höher und auch der beeinträchtigende Einfluss der kognitiven Dysfunktion kaum mehr bemerkbar. Ferner hatten große Pflegeeinrichtungen wieder einmal mehr Probleme mit der Pflegequalität als kleine, während wiederum bei Einrichtungen mit durchschnittlich älteren Bewohnern weniger Qualitätsprobleme bei steigender kognitiver Beeinträchtigung der Bewohner auftraten. Das heißt, dass viel-

leicht der Aspekt der zunehmenden Homogenität der Bewohnerschaft die Bewältigung schwieriger Aufgaben erleichtert. Diese Variablen behielten auch ihre Erklärungskraft in multivariaten Modellen, wobei jedoch die gesamte erklärte Varianz recht klein blieb (Bravo et al. 1999).

Die Einbeziehung der *Risiken der Bewohner* stellt einen zentralen Aspekt der Messung der Ergebnisqualität dar, weil erst dann die Performance von Pflegeheimen anhand vergleichbarer Indikatoren beurteilt werden kann. Zudem stellen diese eine weitere erklärende Variable der Pflegequalität, weil oft gezeigt wurde, dass die Pflegequalität insbesondere mit dem steigenden Bedarf abnimmt. Die Einbeziehung von Risikomerkmalen der Bewohner wurde mit dem auf dem RAI aufbauenden Nursing Home Quality Indicator von Arling et al. (1997) ermöglicht. Darauf aufbauend wurden 61.136 Fälle aus Kansas, Maine, Mississippi und South Dakota aus 834 Einrichtungen, wozu das Minimum Data Set und ein Assessment vorlagen, untersucht. Unter den Risikoelementen dominierte die kognitive Beeinträchtigung, die totale Hilflosigkeit bei ADL, bei mobilen ADL und der Gewichtsverlust, welche überwiegend dafür verantwortlich waren, Pflegefälle in hohe Risikogruppen einzuordnen. Ein zentrales Ergebnis – abseits der hier vernachlässigten methodischen Erkenntnisse – war, dass je nach Risikogruppe und Qualitätsindikator gravierende *Unterschiede* zwischen den Pflegeeinrichtungen bestanden: So lag die Prävalenz von Dekubitus (Grad 1-4) beim ‚schlechtesten‘ Quartil der Einrichtungen immerhin bei 22%, während diese beim besten Quartil nur 3% betrug (Arling et al. 1997: 763). Bei einer Aufteilung nach Risikogruppen betrug die Prävalenz von Dekubitalgeschwüren selbst bei der niedrigen Risikogruppe bei einem Viertel der Einrichtungen immerhin noch 6%, während diese Erkrankung bei dieser Gruppe in den besseren Einrichtungen überhaupt nicht auftrat. Umgekehrt ist beeindruckend, dass es bei den Risikofällen immerhin 25% der Einrichtungen gelang, die Prävalenz von Dekubitus relativ niedrig (4%) zu halten, während das schlechtere Viertel aller Einrichtungen hier eine hohe Prävalenz von 30% aufwies. Interessant ist auch die Prävalenz von Antipsychotica bei fehlendem Befund von Psychosen: Diese lag beim schlechtesten Quartil der Einrichtungen über alle Fälle immerhin bei 32%, während sie beim besten Quartil der Einrichtungen nur 3% betrug. Wiederum gelang es dem besseren Viertel, diesen Qualitätsindikator zumindest bei den Fällen mit niedrigen Risiken kaum auftreten zu lassen (Prävalenz von 1%), während er beim schlechten Viertel der Einrichtungen bei 29% dieser Fälle vorkam. Schließlich sei genannt, dass die Inzidenz von Verschlechterungen bei späten ADL-Verlusten sowohl bei den hohen als auch geringen Risiken im besten

Viertel der Einrichtungen nur bei 2-9% lag, während diese beim schlechtesten Viertel der Einrichtungen 29-67% betrug.¹³¹

Eine weitere Erkenntnis der Untersuchung von Arling et al. (1997) war jedoch, dass es nicht durchgängig relativ ‚gute‘ oder ‚schlechte‘ Einrichtungen gab, sondern dass einige besser mit geringen Risikogruppen andere dagegen besser mit hohen Risikogruppen umgehen konnten. Ähnliche Befunde lieferte die Studie von Porell/Caro (1998), wonach wie dargestellt einerseits kaum Zusammenhänge zwischen strukturellen Charakteristika der Pflegeeinrichtungen und deren Performance sowie zwischen verschiedenen Performance-Kriterien nachzuweisen waren; entsprechend trat innerhalb der Einrichtungen und im Zeitablauf eine erhebliche Varianz und Instabilität der Pflegequalität auf. Auch in der o.g. Studie von Bravo et al. (1999) konnte mittels einer professionellen Beobachtung von 301 Pflegebedürftigen in 88 Pflegeheimen in Kanada in einer hierarchisch angelegten statistischen Analyse gezeigt werden, dass sich die Pflegequalität zwischen den Einrichtungen signifikant unterscheidet (bei einem durchschnittlichen Wert von 1,64 auf einer Skala von 1-5), womit die Nullhypothese verworfen werden konnte. Hinsichtlich der Varianz der Qualität der Pflegeeinrichtungen zeigte sich, dass – unter den auf den Bewohner bezogenen Variablen – vor allem die *kognitiven Dysfunktionen* ein hohes Gewicht besaßen (38% erklärte Varianz), wobei mit zunehmender Dysfunktion die Qualität der Pflege signifikant abnahm. Ähnliches berichten Shepherd et al. (1996: 452) aus einer Untersuchung von 20 Pflegeeinrichtungen im Großraum von London: „Those with the lowest (i.e. ‚worst‘) functioning received the most negative interactions.... Again, the lower the cognitive ability, the greater the number of negative interactions. Finally, the longer staff had been employed in a setting, the higher the number of negative interactions observed ... and this applied in both hospital and in the community. There was also a significant correlation between the time staff had worked in the mental health field as a whole and the number of negative interactions observed...“ Ein weiterer, den Befunden der Forschungen zur Gewalt in der Pflege zuwider laufendes Ergebnis einer englischen Untersuchung war in diesem Zusammenhang, dass zwar eine geringe, aber doch klar signifikante *negative* Beziehung zwischen der Zahl der gegen die Bewohner gerichteten negativen Handlungen des Personals und der Angabe der Überlastung des Personals bestand: „Staff members reporting

¹³¹ Auch in den anderen Bereichen anderer Qualitätsindikatoren, wie der Prävalenz von Desorientierung oder Inkontinenz gab es ähnliche Unterschiede.

least distress were observed to produce the most negative interactions towards clients“ (Shepherd et al. 1996: 454).¹³²

Konträr zu diesen und anderen Forschungsergebnissen lieferte eine andere sehr groß angelegte Untersuchung mit große Anteilen an Bewohnern mit hohen ADL-Beeinträchtigungen *keinen* positiven Zusammenhang zu wachsenden Qualitätsmängeln, insbesondere galt dies nicht für die Anteile mit dementen Bewohnern, wo es sogar umgekehrt war: je höher die Anteile der Patienten mit Demenz und Depression, desto geringer die Qualitätsmängel; allerdings galt die erwartete Korrelation zum Anteil inkontinenter Bewohner und zum Anteil mit Bewohnern mit *Druckgeschwüren*. Insbesondere die letzte Variable scheint nach dieser Untersuchung eine hohe *Zeigerfunktion* für wachsende Qualitätsmängel in allen Bereichen zu haben (Harrington et al. 2000a: 281). Allerdings fragen die Autoren angesichts dieser Resultate wohl zurecht, inwiefern es den staatlichen Reviewern auch gelungen ist, Pflegemängel bei dementen und psychisch beeinträchtigten Personen zu erkennen, während eben Druckgeschwüre leichter und zweifelsfrei zu bestimmen sind, so dass daraus weiterer Forschungsbedarf abgeleitet wird.¹³³ Zudem gehen die Autoren davon aus, dass die Reviews zwar in hohem Maße zuverlässig sind, was die richtige Ermittlung *festgestellter*, nicht aber hinsichtlich der vielleicht *übersehenen* Qualitätsmängel anbelangt. Deshalb empfehlen sie die Anwendung der aufgezeigten Verfahren mittels differenzierter Qualitätsindikatoren, wie sie von Arling et al. (1997) entwickelt wurden. Demgegenüber belegen die Analysen von Ooi et al. (1999) anhand von 5.518 Patienten in 70 Pflegeheimen in den USA, dass auch unter Einbeziehung von Risikofaktoren einige Heime gleichwohl deutlich bessere Resultate bei der Vermeidung von Dekubitus und kritischem Verhalten („disruptive behaviour“) der Bewohner erzielten als andere. Auch diese Verlaufsuntersuchung über max. 21 Monate bestätigte die dahingehende

¹³² Übrigens war in dieser Studie entgegen den Erwartungen auch kein Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit des Pflegepersonals und der Arbeitsbelastung festzustellen (Shepherd et al. 1996: 455).

¹³³ Ein großes methodisches Problem stellt die *Reliabilität* und *Validität* der Qualitätsbeurteilungen dar. Im Beitrag von Smith et al. (1997) wurden vergleichend sogenannte Peer-Reviews in bezug auf die Bewertung von Prozess- und Ergebnisqualität anhand eines Samples von 313 Pflegebedürftigen untersucht, wovon 180 noch einmal bewertet wurden, so dass 493 Reviews durch 6 Reviewer untersucht wurden. Das Resultat war, dass outcome-orientierte Bewertungen eine höhere Interrater-Reliabilität erzielten (durchgehend über 0.40, auf einer Skala von 0-1, wobei 1 einer 100%-Übereinstimmung entspricht) als prozessorientierte (z.B.: Management, Dokumentation, Therapie, Medikamente), deren Werte, selbst wenn der Durchschnitt von 2 Reviewern zusammengefasst wurde, nicht über einem Wert von 0.30 lagen. Signifikant war der Einfluss einzelner Reviewer und die Zugehörigkeit zu einer unterschiedlichen Berufsgruppe (Mediziner/Geriater, ausgebildete geriatrische Pfleger), was bei den outcome-orientierten Einschätzungen der Patientenbefunde aber durchweg nicht ins Gewicht fiel. Allerdings lag auch die Reliabilität der Einschätzungen der Pflegekräfte in bezug auf Pflegeprozesse und Pflegemanagement nur bei der Behandlung von Demenz, Depression und Hypertonie im Bereich guter Zuverlässigkeit. Offenbar sind die medizinischen Zustände der Pflegebedürftigen (z.B. der Haut, der Inkontinenz, Demenz, Bluthochdruck, De-

erhebliche Varianz der Pflegequalität zwischen den Einrichtungen. So reichte der Anteil der Bewohner mit Dekubitus (Grad II-IV) von 4,5% bis 19,5%, der Anteil der Bewohner mit ‚disruptive behaviour‘ von 6,7% bis 47,7%, bei vergleichbarer Streuung von Wohnerrisiken. Auch hier konnten die guten Einrichtungen z.B. auch bei Bewohnern mit hohen Risiken die Anteile mit Dekubitus zwischen 5 und 10% halten, während die schlechten Pflegeheime bei diesen Bewohnergruppen zwischen 17 und fast 29% Dekubitusfälle aufwiesen (Ooi et al. 1999: 48). Unter Einbezug der Wohnerrisiken wiesen insbesondere solche Einrichtungen geringe Raten an Dekubitus auf, die spezielle präventive Trainingsmaßnahmen für ihre Bewohner und mehr unausgebildetes Pflegepersonal einsetzten, in städtischen Gegenden lagen und weisse Bewohner aufwiesen. Erheblich war auch die Persistenz der Pflegequalität über die Zeit (1987-1988 u. 1989-1990): 67 % aller Einrichtungen, welche zum ersten Meßzeitpunkt ein hohes Risiko für Dekubitus aufwiesen, waren auch nach einem Jahr in dieser Gruppe mit einer schlechten Performance (unter Kontrolle unterschiedlicher Wohnerrisiken). Die Variable des Ausgangsstandes der Pflegequalität erwies sich sogar in multivariaten Modellen als von überragender Bedeutung im Hinblick auf die Erklärung der Varianz der Pflegequalität vier Jahre später. Nichtsdestotrotz verblieb auch in dieser Untersuchung wie in vielen anderen der Großteil der Varianz der Pflegequalität ohne Erklärung.

3.2.2 Exkurs: Ambulanter Sektor

Nachfolgend sollen in einem Exkurs ergänzend einige Ergebnisse zur Messung der Pflegequalität im ambulanten Bereich berichtet werden.¹³⁴ Auch hier scheint die Wirkung professioneller Pflege nicht eindeutig: Ein früher Review von Green (1989) findet sowohl Studien mit positiven als auch fehlenden oder negativen Wirkungen professioneller *ambulanter* Pflege auf die Dimensionen der Ergebnisqualität (Mortalität, Verbesserungen körperlicher Funktionen und Krankenhaus- sowie Heimeinweisungen): In bezug auf die Mortalität kommt Green dagegen zum Schluss (1989: 140): „It is reasonable to conclude that mortality rate is unaffected by long-term home care services“. Ebenso berichtet Chappell (1994: 119) darüber, dass ein Review von 12 experimentellen oder quasi-experimentellen Studien zur Effektivität professioneller häuslicher Pflege den Schluss nahe

pression, Ernährungsprobleme) deutlich zuverlässiger einzuschätzen als das Pflegemanagement und die Pflegeprozesse – egal von welcher Berufsgruppe.

¹³⁴ Die folgende Darstellung folgt zu einem großen Teil der in Roth 2001.

legen, dass diese *keine* Auswirkungen auf die Mortalität, Krankenhaus- und Heimeinweisung und funktionale oder physische Verbesserungen hatte. Und auch die Studie von Braun (1991, zit. nach Chappell 1994) zeige, dass weder die häusliche noch die Heimpflege irgendwelche positive Veränderungen bei den Patienten bewirke (Chappell 1994: 119).¹³⁵ Ferner bilanziert Green: „The assertion that long-term care home care will reduce institutionalization does not appear warranted with this service model (Green 1989: 140).

Dagegen finden Kemper et al. (1987, zit. nach Chappell 1994), dass die professionelle häusliche Pflege die Lebensqualität der Adressaten verbessern und ganz leicht die Rate der Krankenhaus- und Heimeinweisungen verringern kann – allerdings bei steigenden Gesamtkosten (Chappell 1994: 119). Henry und Holzemer (1997) finden in einem enger angelegtem Review unter zehn Studien (überwiegend im geriatrischen Bereich) nur drei, welche einen Zusammenhang zwischen der *Art* des Pflegesystems und ‚self care‘, primär gemessen an ADL-Skalen, nachweisen können. In den drei Studien konnte bei den Interventionsgruppen durch spezielle professionelle interdisziplinäre geriatrische Pflegeteams verbesserte ADL-Zustände und verminderte Heimeinweisungen gegenüber den Kontrollgruppen belegt werden. Alle anderen Studien erbrachten *keinen* signifikanten Einfluss *spezieller* professioneller Interventionsformen auf die ADL-Zustände.

Uneinheitlich sind auch hier die Ergebnisse, welche über die Folgen von *Managed Care* berichtet werden.¹³⁶ Zwar wird angesichts der in der Fachliteratur wiederholt beklagten mangelnden Koordination professioneller Hilfesysteme und deren Eigenlogik die Notwendigkeit von *Managed Care* immer wieder betont, doch wird nur teilweise über zufriedene Patienten und insgesamt eher enttäuschende empirische Befunde berichtet. Bei *Managed Care* erfolgte im Vergleich zu Kontrollgruppen die Rückkehr in Krankenhäuser nach der Entlassung ebenso nicht seltener wie die Heimeinweisung, sogar eher im Gegenteil, und auch die Mortalitätsrate, funktionale Kapazitäten, die Fähigkeit von self-care sowie die Aktivitäten der Patienten scheinen ebenso wenig verbessert wie der Medikamenteneinsatz und die Kosten nicht verringert wurden (Foley 1999: 6; Green 1989). Miller et al. (1998) kommen dagegen zum Ergebnis, dass *Managed Care* zwar die Kosten senke, dass aber die Profite bei den Anbietern verblieben, so dass keine Gesamteinsparungen zu verzeichnen seien (138). Ferner bringe *Managed Care* offenbar für jüngere Patientengruppen bessere Wirkungen mit sich als für ältere, für die besonders restriktive und negative Wirkungen

¹³⁵ Chappell weist in ihrem Review auch darauf hin, dass nach einer Studie von Corbin/Strauss (1990) professionelle ambulante Pflegedienste die häuslichen Pflegearrangements unterminieren und zerstören könnten (1994: 118).

ausgemacht werden. Bemerkenswert war, dass in den Patientengruppen mit Managed Care eine höhere Wahrscheinlichkeit für Druckgeschwüre, Fieber und Katheteranwendungen als bei Vergleichsgruppen bestanden (Miller et al. 1998: 137). Widersprüchlich und verwirrend scheint auch, dass die Patienten zwar hinsichtlich der meisten Dimensionen von Managed Care, insbesondere mit den Prozessen und Ergebnissen (outcome) unzufriedener waren als vergleichbare Gruppen mit traditionellen Leistungssystemen, dass die Managed-Care-Klientel aber – trotz damit verbundener Restriktionen – mit dem Leistungsumfang und der Finanzierung im Rahmen von Managed Care zufriedener waren als Kontrollgruppen. Deutlich positiver fällt dagegen wiederum das Votum von Eng et al. (1997) aus: Danach wurde sowohl die Rate der Heimeinweisungen durch das wissenschaftlich begleitete Managed-Care-Programm verringert als auch Kosten eingespart – bei hoher Zufriedenheit der Klienten.

Eines der eher seltenen Forschungsprojekte zur Ergebnisqualität im Bereich ambulanter Pflege war das Outcome and Assessment Information Set (OASIS; vgl. Shaugnessy et al. 1994, 1997a, b und c, 1998), dessen Anwendung in den USA von der HCFA gefördert und flächendeckend vorgegeben wurde.¹³⁷ Unter Verwendung des OASIS-Konzeptes berichten Fortinsky/Madigan (1997) über erste empirische Ergebnisse aus einer Beobachtung von 201 Patientenverläufen in Ohio. Allerdings richtete sich der Augenmerk der Studie nicht auf die Pflegequalität als abhängige sondern als unabhängige Variable.¹³⁸ Als Erkenntnis kann festgehalten werden, dass kaum Beziehungen bestanden zwischen dem Umfang der Pflege und gesundheitlichen outcome. Allerdings erhielten Patienten, deren Gesundheitszustand über die beobachteten 62 Tage stabil blieb, in der Tendenz eher weniger Pflege als diejenigen, bei denen sich der Gesundheitszustand ver-

¹³⁶ Vgl. Green 1989; Challis/Traske 1997; Miller et al. 1998; Eng et al. 1997; Foley 1999.

¹³⁷ Basierend auf Literaturstudien, klinischen Panel-Studien und empirischen Tests auf Validität und Reliabilität wurden drei Kategorien des Patient-Outcomes gebildet, die regelmäßig alle 60 Tage (oder bei Wechseln zwischen Versorgungsformen) erhoben werden sollte: Ein sogenannter ‚end-result outcome‘ als Veränderung des Gesundheitszustands zwischen zwei Zeitpunkten, der ‚intermediate-result outcome‘ als Veränderung des Verhaltens, die Einstellungen der Patienten sowie der informellen Pflegepersonen und der ‚utilization outcome or proxy outcome‘ als substantielle Veränderung der Nachfrage (z.B. Einweisung ins Krankenhaus oder in ein Pflegeheim). Besonders wichtig ist die erste Gruppe, innerhalb derer wiederum 25 verschiedene ‚quality indicator groups‘ (QUIGs) gebildet wurden, darunter einerseits akute Bedingungen, wie orthopädische (z.B. Brüche, Gelenkerkrankungen), neurologische (z.B. cerebravasculäre Unfälle, Multiple Sklerose), offene Wunden, Druckgeschwüre, Verletzungen, akuter Diabetes Mellitus oder Herzfehler, andererseits chronische Bedingungen wie die Abhängigkeit in ADL oder Inkontinenz, Demenz etc. Im Rahmen der Messung der Reliabilität erwiesen sich die Kriterien der Verbesserung und Stabilisierung der genannten Indikatoren als besonders nützlich, wobei die Codierung abhängig vom Ausgangsstatus vorgenommen wurde (0-1) (vgl. Shaugnessy et al. 1997a: 118).

¹³⁸ Abhängige Variable war der Umfang der Pflege (Zahl und Dauer von Pflegeeinsätzen) unter Vergleich verschiedener Patientenverläufe in der häuslichen Pflege (gebildet wurden 3 Gruppen: Entlassung aus oder Einweisung ins Krankenhaus, ständige häusliche Pflege) sowie deren outcome (Verbesserung / Verschlechterung). Ebenso fehlten einrichtungsbezogene Analysen.

schlechterte oder verbesserte. Fortinsky/Madigan ziehen daraus den Schluss (1997: 71): „The lack of clear relationships between resource consumption and patient outcomes, especially outcomes related to changes in clinical and functional health, suggests that home care agencies vary in the degree to which they allocate home care staff over episodes of care to balance costs and patient outcomes.“ Kritisch muss zu dieser Studie allerdings angemerkt werden, dass die kontrollierende Einbeziehung medizinischer Diagnosen und der Krankheitsausmaße fehlten.

In einer ebenso als Folge der OBRA-Reformen von der HCFA unterstützten und größer angelegten outcome-orientierten Studie im ambulanten Bereich wurden bei insgesamt 4.324 von 47 Pflegediensten versorgten Fällen Qualitätsbeurteilungen der Pflege durch speziell im Assessment geschulte Krankenschwestern oder -pfleger durchgeführt (vgl. Jette et al. 1996). Neben der Schulung der Reviewer dienten wiederholte Kontrollen und Tests zur Sicherung der Reliabilität der Beurteilungen. Auf diese Weise konnte die anfänglich geringe Reliabilität der Ratings auf Werte von 75-87% Übereinstimmung gesteigert werden. Von allen untersuchten Fällen wurden bei 57% *keine* Qualitätsprobleme festgestellt. Somit fanden die Reviewer in 43% der Fälle zumindest ein Qualitätsdefizit und 4-14% hatten mögliche oder reale adverse Effekte für die Patienten (Jette et al. 1996: 496). Unter den Qualitätsdefiziten dominierten folgende: In 33% aller Fälle wurden Fehler beim Kriterium „Prescribed nursing/therapy services delivered“ festgestellt, in 20% der Fälle war die Dokumentation von Gesundheitsproblemen (meist cardiovasculäre, die noch nicht einmal in der Hälfte der auftretenden Fälle erkannt wurden) und der darauf zielenden Handlungen mangelhaft. Immerhin in 10% aller Fälle erfolgte keine unverzügliche Reaktion auf akute Probleme. Alle anderen Probleme tauchten eher selten auf, so gab es nur in 2,4% der Fälle Verschlechterungen von Druckgeschwüren und sogar nur in 0,6% der Fälle verringerte sich der ADL-Status.

Bei den festgestellten Qualitätsmängeln spielte offenbar die Trägerschaft der Pflegedienste ebenso keine Rolle wie die Frage der prospektiven Finanzierung. Qualitätsprobleme häuften sich allerdings unabhängig von den Diensten bei Diabetes-Fällen und umgekehrt verminderte sich das Risiko für Mängel mit dem sich stabilisierenden Gesundheitszustand. Entsprechend erhöhte sich die Wahrscheinlichkeit für Mängel mit der wachsenden Komplexität der Fälle, d.h. mit der wachsenden Zahl pro Patient eingesetzter Leistungen und Therapien. Zwei weitere Merkmale erhöhten die Wahrscheinlichkeit für adverse Effekte auf die Patienten, nämlich die Zahl der benötigten Leistungen und die Dauer zwischen der Entlassung und der Übermittlung der Akte zur Überprüfung (record lag).

Eine andere Studie im Bereich der ambulanten Pflege förderte – ebenso auf der Basis von outcome-orientierten Qualitätsmessungen in einem Sample von 1.095 Klienten – deutliche Unterschiede zwischen den Versorgungsformen der ambulanten Pflege zutage, nämlich zwischen klassischen professionellen Diensten (*agency model*) und dem *consumer-directed-model*. Die Versorgungsformen, bei denen die Konsumenten selbst Pflegekräfte (auch Familienmitglieder) angestellt hatten, wiesen insgesamt eine eher *bessere* Performance auf: „On various outcomes, recipients in the consumer-directed model report more positive outcomes than those in the agency model, or they report no difference. Statistically significant differences emerge on recipient safety, unmet needs, and service satisfaction. A family member present as a paid provider is also associated with more positive reported outcomes within the consumer-directed model, but model differences persist even when this is taken into account. Although both models have strengths and weakness, from a recipient perspective the consumer-directed model is associated with more positive outcomes (Benjamin et al. 2000: 351). Dieser Befund korrespondiert mit solchen aus Patientenbefragungen, die daraus hervorgehenden höheren Zufriedenheit mit informellen Pflegekräften und der Reserviertheit gegenüber professionellen Pflegekräften.

Dass Qualitätsmängel in der ambulanten Pflege international verbreitet sind, unterstreicht zuletzt eine Studie aus Taiwan. Dort wurde in einer Untersuchung von 93 Pflegediensten festgestellt (vg. Shyu et. al. 1999), dass 30% der Dienste keine regelmäßige Kontrollen der Pflegedokumentationen durchführten, dass 49% keine regelmäßigen Fallbesprechungen (case conferences) ansetzten, dass in 31% der Fälle die „senior home care nurses“ die weniger erfahrenen nicht überwachten, dass 31% der Dienste keine adäquate Ausstattung mit „home care medical equipment“ aufwiesen, dass 35% der Dienste keine Verträge mit „supply providers for procedure of getting and returning supplies“ haben und in 52% der Fälle keine „contracts with supply providers for maintenance of medical equipment“ vorlagen. Darüber hinaus war auch das Krisen- und Qualitätsmanagement häufig lückenhaft oder nicht existent: So führten 38% keine standardisierte Qualitätsüberwachung oder -verbesserung durch, in 27% der Dienste wurden die dahingehenden Prozeduren vom Personal nicht verstanden und in der Hälfte der Fälle gab es keine diesbezüglichen Berichte. Schließlich überrascht auch nicht, dass bei 30% der Dienste keine „definitive feedback channel for client and family“ existieren oder dass diese von den Klienten nicht verstanden werden und bei 53% der Dienste gab es auch hierzu keine Berichte (Shyu et al. 1999).

4 Fazit und Empfehlungen

4.1 Zusammenfassung

Die Qualitätsmessung und Wirkungsforschung in der Pflege stecken insbesondere in Deutschland erst in den Anfängen, was vor dem Hintergrund einiger ‚Pflegeskandale‘ ein umso schwerwiegenderes Problem darstellt. Hier scheint primär die jedoch hierzulande noch unterentwickelte und auf methodische Entwicklungshilfe aus Medizin und Soziologie angewiesene *Pflegewissenschaft* gefordert. Geboten ist im Rahmen der mit Hochdruck zu intensivierenden empirischen Forschung insbesondere eine noch weiter zu entwickelnde standardisierte Messung der Ergebnisqualität, wobei diesbezüglich zuallererst von den hier referierten internationalen Forschungen zu profitieren wäre. Ungeachtet bekannter theoretischer Schwierigkeiten einer objektiven Beurteilung der Pflegequalität findet in der Praxis immer implizit auch eine Bewertung und Entscheidung über die jeweils nötige Pflegequalität kraft der Realisation der Pflege statt, auch wenn dieses lediglich auf Gewohnheiten oder Pragmatismus und nicht auf objektiven Erkenntnissen beruht. Die empirisch fundierte Klarheit über tatsächliche Abläufe und Wirkungen unterschiedlicher Pflegeformen und die methodisch kontrollierte Messung von Pflegebedarf und Pflegequalität lenkt den Blick notgedrungen auf objektive Soll-Vorgaben, womit, wie das Beispiel USA zeigt, zwangsläufig wiederum Verbesserungen der Pflegequalität in der Praxis und im Ergebnis entstehen. Die weithin anzutreffende Ablehnung der systematischen Erfassung und Messung der Pflegequalität in Deutschland verhindert somit auch die entsprechende systematische Qualitätsverbesserung, was nicht zuletzt auch eine zentrale Herausforderung für die Aus-, Fort- und Weiterbildung von Beschäftigten in der Altenpflege darstellt.

Insbesondere in den USA wurden seit 1987 *infolge* der durch die staatliche Gesundheitsverwaltung angestoßenen *gesetzlichen Reformen*, nicht zuletzt dank der gesetzlich verordneten großflächigen Datensammlung (z.B. mit dem Minimum Data Set), wesentliche Fortschritte erzielt, sowohl was die Qualitätssicherung als auch die Qualitätsmessung angeht. So konnte z.B. der Einsatz von Freiheitseinschränkungen drastisch gesenkt werden, und ebenso verlangsamten sich die Raten der Verschlechterung körperlicher und kognitiver Funktionen von Pflegebedürftigen. Eine wesentliche positive Funktion übt hier eine, auch in Deutschland für das Funktionieren eines ‚Pflegemarktes‘ unbedingt nötige und auszuweitende *Transparenz* von Qualitätsmessungen und

Öffentlichkeit von Messergebnissen dar. Durch die staatlich vorgegebene umfassende Datenerhebung wurde es möglich, die Pflegequalität auch unter Orientierung am ‚outcome‘ zu messen, also nicht nur mittels Struktur- und Prozessdimensionen wie dem Anteil an eingesetzten Fachkräften oder der Führung einer Pflegedokumentation, sondern mithilfe *vergleichender* Messungen der Entwicklung körperlicher und gesundheitlicher Beeinträchtigungen, der Rate der Heim- oder Krankenhauseinweisungen, Morbidität etc.; darauf basierend kann im Einrichtungs- oder Sektorvergleich statistisch ermittelt werden, ob und welche Veränderungen des so gemessenen outcome, etwa infolge des mangelnden Einsatzes an Fachkräften oder anderer Qualitätsmerkmale, entstehen. Ferner können die als u.U. ‚problematisch‘ erachteten Pflegeeinrichtungen mittels vertiefender qualitativer Verfahren, z.B. Befragungen und teilnehmende Beobachtungen, näher unter die Lupe genommen werden.

Bisher vorliegende nationale und internationale Forschungsergebnisse der Qualitätsmessung in der Pflege legen nahe, dass grundsätzlich von einer erheblichen Streuung der Pflegequalität auszugehen ist. Sehr verbreitet, ungeachtet der nationalen Pflegekultur und Regulierung, scheinen die mangelhafte Dokumentation, Planung, Überwachung und Steuerung des Pflegeprozesses sowie die methodische Qualitätssicherung zu sein. Dabei ist die vom MDK gefundene Rangfolge der häufigsten Pflegemängel bei den Pflegediensten und Pflegeheimen ähnlich. Das heißt, dass vom MDK eher wenig Mängel festgestellt wurden, deren Vorkommen lediglich spezifisch für einen Sektor und die dort herrschenden Bedingungen gelten. Vielmehr scheinen davon unabhängige Faktoren für die Pflegemängel bestimmend zu sein.

Die sehr verbreiteten Mängel bei der Dokumentation und Planung des Pflegeprozesses bleiben oft nicht ohne Folgen: Wenn solche Grundlagen für die Gestaltung des Pflegeprozesses häufig ganz oder teilweise fehlen, kann es zu erheblichen negativen Folgen bis hin zu adversen Effekten oder zur „gefährlichen Pflege“ kommen (z.B. infolge einer nicht dokumentierten und kontrollierten Flüssigkeits- oder Ernährungsaufnahme), was nicht nur die Hamburger Untersuchungen von Dekubitus-Fällen belegen. Verschiedenen Untersuchungen zufolge hatte etwa ein Drittel bis die Hälfte der Pflegeeinrichtungen keine regelmäßigen Fallbesprechungen, Kontrollen der Pflegedokumentation oder sonstige standardisierte Qualitätsüberwachungen durchgeführt. Die professionelle Kompetenz, die sich etwa in der Erkennung von und im Umgang mit Gesundheitsproblemen zeigt, scheint zudem generell in der Pflege, ungeachtet *formeller* Berufsabschlüsse, nicht unbedingt gewährleistet. Vor diesem Hintergrund kann es kaum erstaunen, dass in den USA statistisch nachgewiesen wurde, dass die Sterbehäufigkeit in Pflegeheimen zwischen 1984-1991 um

96% höher war als bei Betagten, welche grundsätzlich die gleichen statistisch erfassten Merkmale (u.a. gesundheitliche) aufwiesen, aber nicht in ein Pflegeheim überwiesen worden waren.

Nach den leider nur wenigen vorliegenden empirischen Befunden ist nicht anzunehmen, dass die Situation diesbezüglich in Deutschland besser wäre. Die Überweisung und der Einzug in ein Pflegeheim erfolgt nicht umsonst kaum freiwillig, u.a. deshalb, weil dies oft mit dem raschen Verlust der Selbständigkeit, der Selbstbestimmung und eben auch der Selbsterhaltung verbunden ist. Die Möglichkeit der Selbstbestimmung ist gerade in deutschen Pflegeheimen deutlich unterentwickelt. Dieses bemisst sich z.B. an den noch nicht einmal in der Hälfte der Fälle vorhandenen Einzelzimmern ebenso wie anhand der mangelnden Selbstbestimmung über Zeiten und sonstige Aspekte des täglichen Lebens. Das regelmäßige kommandoartige frühmorgendliche Wecken aller Bewohner gegen deren Willen ist nur ein Beispiel neben vielen anderen. Ferner zeigt auch die Beobachtung von Leistungsstrukturen in deutschen Pflegeheimen neben der Bestätigung extrem unterschiedlicher Pflegequalitäten (z.B. gemessen anhand von Betreuungsrelationen), dass die *vollständige Übernahme* von alltagsbezogenen Verrichtungen statt der Anleitung eindeutig dominiert. Darüber hinaus sind die Leistungen in Pflegeheimen nicht unbedingt an den Bedürfnissen oder dem Pflegebedarf der Bewohner orientiert. Im Gegenteil bestimmen häufig institutionelle Kriterien, vor allem solche der effizienzorientierten Ablauforganisation, die Art und Weise sowie Umfang der Leistungserbringung. Außerdem bestimmen darüber oft die Fähigkeiten der Bewohner, ihre Interessen anzumelden und durchzusetzen. Es dominiert also eine Versorgung, die in erster Linie auf akuten Hilfebedarf reagiert, bzw. die ihre Aufmerksamkeit auf solche Bewohner konzentriert, die in der Lage sind, ihre Bedürfnisse an die Pflegenden heranzutragen oder Situationen herzustellen, in denen eine unmittelbare Intervention erforderlich erscheint. Insgesamt sind die Leistungen in Pflegeheimen offenbar im Durchschnitt sehr knapp bemessen und orientieren sich an einem Minimalniveau, so dass eine an der Wiedergewinnung oder Erhaltung der Selbständigkeit der Bewohner orientierte Pflege kaum geleistet wird. Dieses drückt sich auch in der mangelnden Nutzung der Ressource Angehörigenarbeit aus, so dass insgesamt von einer angebotsorientierten und nicht bedarfsgerechten Organisation der Pflege in deutschen Pflegeheimen gesprochen werden kann, was sich z.B. auch in der extremen Absenkung der nächtlichen Leistungsbereitschaft auf einen reinen Kontrolldienst ausdrückt.

Allerdings ist es bisher, ungeachtet der wegweisenden internationalen Forschungen, kaum gelungen, die *Hintergründe* von Qualitätsmängeln sowie das hohe Maß an Varianz der Pflegequalität auch zu *erklären* und schlüssige *Hypothesen* zu bilden. Nicht eindeutig scheinen nach bis-

herigen Forschungsergebnissen sowohl die Auswirkungen unterschiedlicher Pflegeformen als auch das Ausmaß des eingesetzten Fachpersonals (auch Finanzen), z.B. auf das Ausmaß von Dekubitus oder ‚adverser Effekte‘ auf Patienten. Während einige Untersuchungen eine gute Personalausstattung und hohe Fachkraftquoten mit geringeren Qualitätsproblemen korreliert sahen, fanden andere keine dahingehenden Belege. Ähnliches gilt für die Auswirkungen verschiedener Qualitäten des Pflegeprozesses auf die Ergebnisqualität. Ferner zeigte der Einsatz von Managed Care in einigen Untersuchungen positive in anderen dagegen keine Auswirkungen (z.B. auf Zahl der Heimeinweisungen oder die Veränderungen des Gesundheitszustandes von Pflegebedürftigen). Jedoch fanden einige Analysen einen positiven Einfluss spezieller Ausbildungsprogramme im Beruf, einer hohen Ausbildung der Leitung oder z.B. durch den Einsatz interdisziplinärer geriatrischer Pflegeteams. Andererseits zeigte sich in manchen Untersuchungen auch die Laienpflege der professionell geleisteten überlegen.

Allerdings verbesserte sich die Qualität der Pflege insbesondere mit der Anzahl *externer Kontakte* und bei *staatlicher Kontrolle*, womit sowohl die Notwendigkeit als auch die Wirkung effizienter externer Kontrollen als gesichert gelten kann. Die Selbststeuerung via Professionalität zeitigt insofern nicht automatisch auch eine hohe Pflegequalität. Bemerkenswert erscheint auch, dass in den meisten Untersuchungen mittlere bis kleinere Organisationen besser abschnitten als sehr große und sehr kleine. Wenig einheitlich sind dagegen die Befunde zum Einfluss der Trägerschaft der Einrichtungen auf die Qualität der Pflege. Ebenso uneinheitlich sind die Ergebnisse im Hinblick auf die oft zu lesende These, wonach die Pflegequalität mit der zunehmenden Komplexität und dem sinkenden Gesundheitszustand sowie mit wachsender Demenz abnimmt, wengleich die Mehrheit der referierten Ergebnisse in diese Richtung weisen. Ebenso wäre der Einfluss sozialer Merkmale wie ökonomischer Status, der in einer Untersuchung als negativ mit der Pflegequalität korreliert ausgewiesen wurde, näher zu untersuchen. Allerdings scheint Dekubitus und in geringerem Ausmaß Inkontinenz in hohem Maße als Anzeiger für Qualitätsprobleme insgesamt zu fungieren.

Schließlich wurden *Patientenbefragungen* und die Einbeziehung der Sichtweisen und Interessen der Patienten in die Messung und Verbesserung der Pflegequalität wiederum zuerst in den USA entwickelt, sie erfreuen sich jedoch auch in Deutschland einer wachsenden Verbreitung. Gleichwohl sind hier einige methodische Probleme noch ungelöst und weitere Forschungen angezeigt. Insbesondere erscheinen kleinere ‚selbstgestrickte‘ Kundenbefragungen ohne seriöse wissenschaftliche Unterstützung von zweifelhaftem Wert. Ein wichtiger Hinweis bisheriger Arbeiten stellt

dar, dass die allgemein hohe Zufriedenheit von Patienten durchaus mit im einzelnen herber Kritik (direkt oder nur indirekt geäußert) einhergehen kann. Zudem muss die Sichtweise der Patienten nicht derjenigen der Profis oder Familienangehörigen entsprechen, zumal bauliche und organisatorische Belange, weniger fachliche Kenntnisse und Tugenden wie die Achtung der Privatsphäre, Möglichkeiten der Selbstbestimmung und die Zuverlässigkeit, Freundlichkeit, Sauberkeit der oder das Vertrauen zu den Pflegekräften aus Bewohnersicht eine vorrangige Bedeutung haben.

Ohne eine in Deutschland weithin unterentwickelte ergebnisorientierte Qualitätsmessung und Transparenz des Leistungsgeschehens in der Pflege sowie ebenso der darauf aufbauenden Wirkungsforschung und Hypothesenbildung gibt es auch keine Qualitätsverbesserung. Ohne solche Erkenntnisse kann die Qualitätssicherung nur im Nebel stochern und produziert im Zweifel mehr Aufwand ohne den gewünschten Ertrag („Nabelschau“) – nämlich die gesicherte Verbesserung des ‚outcome‘ der Pflege. Immer neue Instrumente und Begriffe des ‚Total Quality Management‘ und Unternehmensberatung helfen hier nur begrenzt. Damit stellt sich eine Herausforderung, die insbesondere durch die weitere Entwicklung empirischer Forschung unter Orientierung vor allem an US-amerikanischen Vorbildern der ergebnisorientierten Qualitätsmessung bewältigt werden könnte. Hier wäre dringend ein wissenschaftlich kontrollierter Modellversuch (mit Kontrollgruppenvergleich) unter Verwendung methodisch kontrollierter Instrumente (wie z.B. RAI) anzuraten. Ähnlich dürftig ist der Stand des Wissens zu den Wirkungen unterschiedlicher staatlicher Regulierungen der Qualitätssicherung. Auch diesbezüglich steckt die international vergleichende Forschung noch in den Anfängen, so dass über den zwar belegten generellen positiven Zusammenhang von staatlicher Kontrolle und Qualität in der Pflege differenzierte Hinweise unterschiedlicher Regelungen und institutioneller Strukturen (auch: Finanzierungsregelungen) fehlen.

Mit dem PQsG sind nun – nur für Pflegeheime – auf der Landesebene Personalrichtwerte festzusetzen oder zumindest Verfahren zur Ermittlung des Personalbedarfs oder zur Bemessung von Pflegezeiten vertraglich zu vereinbaren (§ 75 Abs. 3 SGB XI), wobei „in Deutschland erprobte und bewährte internationale Erfahrungen zu berücksichtigen“ sind. Hier wäre zu prüfen, inwiefern Instrumente wie PLAISIR oder RAI zum Einsatz kommen sollten. RAI bietet allerdings Assessment, Qualitätsbeurteilung und Personalbemessung.

In diesem Zusammenhang müssten unbedingt auch Hinweise auf die Anforderungen an Qualifikation, Arbeitsaufwand und ggf. Ausbildungsbedarf geliefert werden, der für einen flächendeckenden Einsatz solcher Instrumente nötig wäre. Eine „wenigstens“ nach Pflegestufen orientierte Vorgabe von Merkmalen der Strukturqualität wie es in § 75 aufgeführt wird, reicht nach den vorliegenden und hier referierten wissenschaftlichen Erkenntnissen jedenfalls nicht, eine gute Pflegequalität im Ergebnis in den Pflegeheimen zu sichern. Hier müsste die in Deutschland vorherrschende Fixierung auf Aspekte der Strukturqualität in Form der Personalbesetzung und auf Kostenfragen dringend revidiert werden, da die Zusammenhänge zwischen verschiedenen Aspekten der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität bisher wissenschaftlich nicht ausreichend untersucht wurden.

Ferner werden laut dem PQsG bundesweite Pflegeheimvergleiche (§ 92a SGB XI) durchgeführt. Auch hier wäre ein Anknüpfungspunkt, bundesweit qualitätsrelevante Daten zu erheben (vergleichbar zum Minimum Data Set) und Assessment-Instrumente zum Einsatz zu bringen, welche zuverlässige Hinweise auf die Qualitätsentwicklung der Pflegeheime ermöglichen würden. Näheres zu den im Absatz 1 genannten „Vergleichsmaßstäbe für den Abschluss von Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen“ und den für jede Einrichtung zu erhebenden „Leistungs- und Belegungsstrukturen“ sowie für die Erhebung der „vergleichsnotwendigen Daten“ sind ebenso nach Abs. 1 des § 92a SGB XI in einer Rechtsverordnung der Bundesregierung zu bestimmen. Ein nicht zu unterschätzender Punkt für die Sicherung der Pflegequalität stellt hier weiter der Abs. 6 dar, wonach jährlich Verzeichnisse der Pflegeheime mit den im *Pflegeheimvergleich* ermittelten Leistungs-, Belegungs- und Vergütungsdaten zu veröffentlichen sind. Auch hier wäre, den referierten Forschungsergebnissen und dem amerikanischen Vorbild Rechnung tragend, dringend eine möglichst umfassende *Veröffentlichung* von einrichtungsbezogenen Leistungs- und Qualitätsdaten im Interesse des Verbraucherschutzes und des qualitätsorientierten Wettbewerbs zu empfehlen. Insofern ist die Regelung in § 115 Abs. 1 SGB XI letzter Satz fragwürdig, wonach die Prüfer und die Empfänger der Daten aus Qualitätsprüfungen gegenüber Dritten zu Verschwiegenheit verpflichtet sind. Die nach § 118 Abs. 4 SGB XI nunmehr immerhin vorgesehenen Berichte der MDK und des MDS können zwar die bisher dürftigen Informationen in diesem Bereich verbessern, eine verbraucherfreundlicher Qualitätswettbewerb ist damit aber nicht möglich, weil daraus alleine aggregierte Berichte in nur dreijährigem Abstand hervorgehen werden.

Nach § 112 Abs. 2 SGB XI sind die zugelassenen Pflegeeinrichtungen verpflichtet, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen und in regelmäßigen Abständen die erbrachten

Leistungen und deren Qualität nachzuweisen. Laut § 113 SGB XI sind „Leistungs- und Qualitätsnachweise“ durch von den Landes- oder Bundesverbänden der Pflegekassen anerkannte unabhängige Sachverständige oder Prüfstellen zu erteilen (Abs. 2). Zur Anerkennung ist der Erlass einer Rechtsverordnung nach § 118 SGB XI vorgesehen. Hier wäre zu prüfen, inwiefern auch darauf aufbauend rechtliche Vorgaben im Hinblick auf die Anwendung methodisch zuverlässiger Instrumente zur Qualitätsmessung (z.B. RAI) möglich wären. Last not least ist in § 118 SGB XI durch das PQsG die Rechtsverordnung zur Beratung und Prüfung von Pflegeeinrichtungen vorgesehen, wobei laut Abs. 2 auch die Prüfverfahren einschließlich der Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen genannt werden.

Auch mit der Heimgesetznovelle sind die Möglichkeiten und Bedingungen der Qualitätssicherung in Pflegeheimen verbessert worden. Z.B. kann eine dezidierte Qualitätssicherung und -messung verordnet werden, indem laut § 3 Abs 2 HeimG per Rechtsverordnung Mindestanforderungen vorgegeben werden, welche dem allgemein anerkannten Stand der fachlichen Erkenntnisse entsprechen, allerdings nur im Hinblick auf Aspekte der Strukturqualität (bauliche und technische Aspekte sowie zur Eignung der Leitung des Heimes und der Beschäftigten). Vor dem Hintergrund der hier aufgezeigten Forschungsergebnisse und der Hinweise zum Stand der Qualitätssicherung in Deutschland wäre auch hier ein Anknüpfungspunkt für Verbesserungen, indem diese Mindestanforderungen deutlich ausgeweitet werden würden, insbesondere im Hinblick auf Aspekte der *Ergebnisqualität*. Die Konzentration auf die Strukturqualität gilt auch für die in § 13 Abs. 3 genannte Rechtsverordnung, welche Art und Umfang der in den Absätzen 1 und 2 genannten Pflichten zur Aufzeichnungs- und Aufbewahrungspflicht von Betriebsangaben und Qualitätssicherungsmaßnahmen und das dazu einzuhaltende Verfahren näher festlegen soll. Denn hier sind lediglich die unter 1. die wirtschaftliche und finanzielle Lage des Heims, 2. die Nutzungsart, die Lage, die Zahl und die Größe der Räume sowie die Belegung der Wohnräume genannten Aspekte angesprochen.

Darüber hinaus ist darauf hinzuweisen, dass viele Empfehlungen zur Qualitätsverbesserung längst bekannt und nach wie vor gültig sind, weshalb sich dahingehende Wiederholungen erübrigen (vgl. Häussler-Szepan 1998; Heinemann-Knoch et al. 1998). Zweifellos müssen neben der hier favorisierten wissenschaftlich angeleiteten ergebnisorientierten Qualitätsmessung und -verbesserung unbedingt Verbesserungen der Rahmenbedingungen und Strukturqualität weiter beachtet werden. Vordringlich ist neben dringenden Verbesserungen bei der Ausbildung, Fort- und Weiterbildung von Pflegekräften (z.B. im Assessment) die Ausweitung des quantitativen und qua-

litativen Angebotes der Pflegeheime. Angesichts der hohen Bedeutung von Einzelzimmern für die Möglichkeit der Selbstbestimmung und des Gefühls der Würde von Pflegeheimbewohnern ist ein durchschnittlicher Anteil von knapp 50% Einzelzimmern ein grundlegender Mangel der Versorgungsstruktur. Die Dringlichkeit der Ausweitung der Platzkapazität ist auch deshalb sehr hoch, weil nur bei einem ausreichenden quantitativen Angebot ein qualitativer Wettbewerb in Gang kommen und irgendwann funktionieren könnte. Angesichts nach wie vor bestehender zum Teil umfangreicher Wartelisten auf Pflegeheimplätze ist dieses heute nicht einmal im Ansatz gegeben. Insofern wären auch die von Ländern oder Kommunen praktizierten Versuche der Bedarfsplanung und -steuerung im Sinne einer Begrenzung des Angebotes ebenso wie die mangelnde Investitionsförderung bei der Umsetzung der Pflegeversicherung zu überdenken.¹³⁹

Abschließend bleibt indes ungeachtet der hier genannten weitergehenden Verbesserungsvorschläge abzuwarten, inwiefern die durch das PQsG und HeimG, hier nicht im einzelnen aufgezeigten Ansätze zur Verbesserung der Qualitätssicherung und -prüfung (darunter vor allem die ausgeweiteten Verpflichtungen zum Nachweis der Pflegequalität und sowie die verbesserten und koordinierten Prüfungsmöglichkeiten durch MDK, Heimaufsicht und amtlich anerkannte Sachverständige), tatsächlich eine Verbesserung der Pflegequalität nach sich ziehen. Ohne die angesprochene stark auszuweitende dezidierte empirische, d.h. wissenschaftlich objektive, Qualitätsmessung kann dies jedoch nicht aufgezeigt werden.

4.2 Empfehlungen in Thesenform

- 1) Angesichts des defizitären Forschungsstandes zum Stand der Qualität und Qualitätssicherung in der stationären Pflege erscheint die dahingehende Ausweitung vergleichender empirischer Forschungen und die Verstärkung der Wirkungsforschung von vordringlicher Bedeutung.
 - a) Geboten ist insbesondere eine weiter zu entwickelnde standardisierte Messung der Ergebnisqualität.
 - b) Dringend wäre ein repräsentativer wissenschaftlicher Großversuch (mit Kontrollgruppen) unter Verwendung methodisch kontrollierter Instrumente anzuraten.
- 2) Qualitätsberichterstattung in Anlehnung an das Vorbild der USA, insbesondere die
 - a) laufende Erhebung umfassender qualitätsrelevanter Daten für alle Pflegeeinrichtungen sowie die
 - b) Auswertung und Veröffentlichung differenzierter Qualitätsberichte (inkl. von Preisvergleichen) für alle Pflegeeinrichtungen eine unverzichtbare Basis, auch für die Weiterentwicklung und Vereinbarung von Qualitätsstandards.

¹³⁹ Vgl. Eifert et al. 1999a u. b.; Behrens/Rothgang 2000; Roth 2000b; Rothgang 2000a u. c.; Roth/Rothgang 2001.

- c) Die Qualitätsberichterstattung sollte im Interesse der wissenschaftlichen Objektivität durch unabhängige, staatlich kontrollierte, Qualitätsagenturen oder Sachverständige in Anlehnung an das und in Koordinierung mit dem PQsG erfolgen.
 - d) Die nach § 118 Abs. 4 SGB XI vorgesehenen Berichte der MDK und des MDS können zwar die bisher dürftigen Informationen in diesem Bereich verbessern, eine verbraucherfreundlicher Qualitätswettbewerb ist damit aber nicht möglich, weil daraus alleine aggregierte Berichte in nur dreijährigem Abstand hervorgehen werden.
 - e) Der Medizinische Dienst der Krankenkassen sollte seine Daten und Erfahrungen den Qualitätsagenturen zur Verfügung stellen und mit diesen kooperieren. Die vorliegenden Daten und Erkenntnisse aus den Qualitätsprüfungen des MDK (in bezug auf die jeweiligen Dienste) sollten hier einbezogen werden.
 - f) Zur Verbesserung der Datenlage der Pflegequalität gibt es infolge des PQsG eine Reihe rechtlicher Ansatzpunkte, so die §§ 75 Abs. 3, 92a, 112 f. u. 118 SBB XI; § 115 Abs. 1 des SGB XI, letzter Satz, wäre im Sinne einer größtmöglichen Transparenz zu ändern. Darüber hinaus bietet der § 3 Abs 2 HeimG, Möglichkeiten, per Rechtsverordnung Mindestanforderungen vorzugeben, welche dem allgemein anerkannten Stand der fachlichen Erkenntnisse entsprechen.
 - g) Zu prüfen wäre (um Doppelarbeit zu vermeiden), inwiefern die mit dem PQsG anfallenden Erkenntnisse und Befunde, insbesondere die Leistungs- und Qualitätsnachweise und -prüfungen, für die Qualitätsberichterstattung ausreichen, was allerdings angesichts der Dringlichkeit der Lage nicht zu erheblichen Verzögerungen der Qualitätsberichterstattung führen dürfte.
- 3) Die Stärkung des Verbraucherschutzes und die Unterstützung der Marktkräfte (Stichwort: Qualitätswettbewerb) erscheint vor dem Hintergrund schwacher Konsumenten und der aufgezeigten Mängel dringend angeraten. Grundlegend erscheinen dafür
- a) die Qualitätsberichterstattung (vgl. Punkt 2)
 - b) die Ausweitung der *unabhängigen* Beratung von Pflegebedürftigen und Angehörigen (auch der nicht versicherten Personen) und
 - c) die stärkere Einbindung der Klienten und deren Wünsche sowohl bei der Pflegeplanung, im Pflegeprozess als auch bei der Qualitätssicherung.
- 4) Zweifellos müssen auf der Basis der wissenschaftlich angeleiteten Qualitätsmessung und -verbesserung auch die Rahmenbedingungen und Strukturqualität weiter beachtet werden.
- a) Angesichts der im Zusammenhang mit Qualitätsmängeln in der Pflege immer wieder deutlich werdenden Qualifikationsmängel – ungeachtet der Anteile des Einsatzes *formell* qualifizierter Personen (Fachkräfte) – sind Verbesserungen (z.B. im Hinblick auf ein methodisch kontrolliertes Assessment und die Qualitätssicherung) und eine Vereinheitlichung der *Ausbildungen* für Pflegeberufe (unter Mitwirkung der Qualitäts- und Pflegekonferenzen sowie der Qualitätsagenturen) dringend angezeigt.
 - b) Vordringlich ist auch die Ausweitung des quantitativen und qualitativen Angebotes der Pflegeversorgung.
 - c) Erst nach Beseitigung von Engpässen und Wartelisten kann hier ein qualitativer Wettbewerb zum Nutzen der Pflegebedürftigen in Gang kommen.
 - d) Insofern wären auch die von Ländern oder Kommunen z.T. praktizierten Versuche der Bedarfsplanung und -steuerung im Sinne einer Begrenzung des Angebotes
 - e) ebenso wie deren mangelnde Investitionsförderung bei der Umsetzung der Pflegeversicherung zu überdenken.
- 5) Insgesamt sollten die Instrumente einer umfassenden staatlich verantworteten Qualitätssicherung (auch im Interesse von nicht versicherten Personen) in der Pflege weiterentwickelt werden. Dieses

erscheint vor dem Hintergrund der aufgezeigten Mängel als auch des diesbezüglich immer noch vorhandenen großen Dunkelfeldes sowie nicht zuletzt angesichts des offenkundigen Zusammenhangs zwischen Qualität und Kontrolle angezeigt.

- a) Neben den bekannten Ansätzen der Sanktionierung könnte eine Belohnung auffällig guter Einrichtungen (durch Gütesiegel und Prämien) (z.B. bei besonders zahlreichen Rehabilitationserfolgen, Verbesserungen bei ADL oder guter Morbiditätsquoten bei vergleichbaren Risikogruppen) auf der Basis der ständigen Qualitätsberichterstattung erwogen werden.
 - b) Die Koordination von Qualitätssicherungsmaßnahmen sollte weiterentwickelt werden durch:
 - Wissenschaftlich begleitete großflächige Erprobung von Care und Case Management (unter Einbezug von Kontrollgruppen).
 - Qualitäts- und Pflegekonferenzen (mit Teilnahmeverpflichtung der an der Pflege Beteiligten) auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene.
 - c) Im übrigen erscheint die Lösung bekannter Koordinationsprobleme in der Versorgung dringend angeraten. So sollte eine Vereinigung von Kranken- und Pflegeversicherung, mindestens aber die Harmonisierung von Finanzausgleich und Wettbewerbsstrukturen von Kranken- und Pflegeversicherung erreicht werden.
- 6) Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass bekannte Empfehlungen zur Qualitätsverbesserung in der Heimpflege nach wie vor gültig sind, weshalb sich dahingehende Wiederholungen erübrigen (s. dazu Häussler-Szepan 1998; Heinemann-Knoch et al. 1998; siehe auch das „Hallesche Memorandum“ der Sektionen Medizinsoziologie und Sozialpolitik der Deutschen Gesellschaft für Soziologie (DGS) zur Reform der Pflegeversicherung, Behrens/Rothgang 2000).
- 7) Ebenso bleibt ungeachtet der hier genannten Verbesserungsvorschläge abzuwarten, inwiefern die durch das PQsG und HeimG, hier nicht im einzelnen aufgezeigten, Ansätze zur Verbesserung der Qualitätssicherung und -prüfung (darunter vor allem die ausgeweiteten Verpflichtungen zum Nachweis der Pflegequalität und sowie die verbesserten und koordinierten Prüfungsmöglichkeiten durch MDK, Heimaufsicht und amtlich anerkannte Sachverständige), tatsächlich eine Verbesserung der Pflegequalität nach sich ziehen.

5 Literatur

- Abraham, Ivo/Botrell, Melissa M./Fulmer, Terry/Medey, Mathy D., (Hg.) (2001): *Pflegestandards für die Versorgung alter Menschen*, Hans Huber, Bern.
- Achterberg, Wilco P./van Campen, Crétien/Margriet, Anne/Kerkstra, Ada/Ribbe, Miel W., (1999): *Effects of the Resident Assessment Instrument on the Care Process and Health Outcomes in Nursing Homes. A review of the literature*, in: *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*; 31; 3; 1999, S. 131-137.
- AGS Clinical practice committee, (2000): *Regulation and quality of care standards in nursing facilities*, in: *Journal of the American Geriatrics Society*, 48, S. 1519-1520.
- Ahrens, Antje, (1998): *Das Qualitätshandbuch des "Diakonie-Siegels": Qualität in der Pflege*, in: *Diakonisches Werk Hamburg* (Hg.), *Schritte zum Diakoniesiegel: Projektbericht des Hamburger Diakonie-Siegel*, Haburg, S. 54-58.
- Akerlof, George A., (1970): *The Market for 'Lemons': Quality Uncertainty and the Market Mechanism*, in: *Quarterly Journal of Economics* (84), S. 488-500.
- Alber, Jens/Schölkopf, Martin, (1999): *Seniorenpolitik. Die soziale Lage älterer Menschen in Deutschland und Europa*, G+B Verlag Fakultas, Amsterdam.
- Alten- und Pflegezentrum Main-Kinzig-Kreis, (Hg.) (1998): *Altenhilfe - Geschäft oder Nächstenliebe? Dokumentation der Hessischen Altenpflegetage 1998*, Baumann Fachzeitschriften Verlag, Kulmbach.
- Applebaum, Robert A./Straker, J.K./Geron, S.M., (2000): *Assessing Satisfaction in Health and Long-Term Care: Practical Approaches to Hearing the Voices of Consumers*, Springer, New-York.
- Arling, Greg/Karon, Sarita L./Sainfort, Francois/Zimmerman, David R./Ross, Richard, (1997): *Risk adjustment of nursing home quality indicators*, in: *The Gerontologist*, Vol. 37, No. 6, S. 757-766.
- Arrow, Kenneth J., (1991): *The Economics of Agency*, in: Pratt, J.W./Zeckhauser R.J. (Ed.), *Principals and Agents: The Structure of Business*, Boston, S. 37-51.
- Aust, Birgit, (1994): *Zufriedene Patienten? Eine kritische Diskussion von Zufriedenheitsuntersuchungen in der gesundheitlichen Versorgung*, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin.
- Avebury, Kina, (1997): *Twelve years of improving standards in residential and nursing home care*, in: *Centre for Policy on Ageing (CPA) (Hg.), Achieving a better Home life*, London, S. 1-4.
- Baartmans, Paul C. M./ Geng, Veronika, (2000): *Qualität nach Maß: Entwicklung und Einführung von Qualitätsstandards im Gesundheitswesen*, Huber, Bern.
- BAGSO (Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren -Organisationen), (1998): *Qualitäts-Siegel "Seniorengerechtes Leben und Wohnen" - Qualitätskriterien*, Bonn.
- Bandemer von, Stephan/Born, Andreas/Bußmann, Ulrike, (1998): *Daten, die Strukturen verändern können. Beschäftigte in Pflegediensten beurteilen ihren Arbeitsplatz*, in: *Häusliche Pflege* 1/1998, S. 39-44.
- Bandemer von, Stephan/Born, Andreas/Bußmann, Ulrike/Eickmeier, Heinz/Weigel, Roland, (1999): *Qualifizierung von Beschäftigten in der ambulanten Pflege. Qualitätsmanagement und Benchmarking in der Praxis (Projektbericht des Instituts Arbeit und Technik, Bd. 1999-05)*, Gelsenkirchen.
- Barth, Myriam, (1999): *Qualitätsentwicklung und -sicherung in der Altenpflege*, Urban & Fischer, München, Jena.
- Bartholomeyczik, Sabine, (1998): *Pflegestandards*, in: *Alten- und Pflegezentrum Main-Kinzig-Kreis (Hg.), Altenhilfe – Geschäft oder Nächstenliebe? Dokumentation der Hessischen Altenpflegetage 1998*, Baumann Fachzeitschriften Verlag, S. 36-43.
- Bartholomeyczik, Sabine, (1999): *Anforderungen an die Qualität von Pflege und an die Qualifikation von Pflegenden*, in: *BMFSFJ (Hg.), Selbstbestimmung in Einrichtungen. Qualitätsentwicklung und Dienstleistung in der Altenpflege. Dokumentation der Fachtagung des BMFSFJ am 22. und 23. März 1999 in Leipzig*, Bundesverlag, Berlin, S. 31-37.
- Bauer, Rudolph (unter Mitarbeit von Eckhard Hansen), (1997): *Bremer Altenheim-Studie (90 Ansichten; ein Werkstattbericht zur Qualität sozialer Dienstleistungen)*, Universität Bremen (kleine Schriften des ILS), Bremen.

- Baumann, L./Dirks, F./Hartmann, J./Hoffmeister, D., (1998): Top Down-Qualität in Altenheimen. Zuständigkeiten, Kontrollinstrumente und Anbieterkonkurrenz: Auszüge aus der Studie in 15 Bremer Altenheimen, in: Sozial Extra, 22, 3/1998, S. 10-11.
- Bayerische Staatsregierung, (2001): Antwort der Bayerischen Staatsregierung auf die Interpellation 'Menschenwürdige Pflege in Bayern sicherstellen' der Abgeordneten Werner et al. (Manuskript, unveröff.).
- Becker, C./Leistner, K./Nikolaus, Th., (1998): Introducing a statutory insurance system for long-term care (Pflegeversicherung) in Germany, in: Michel, JP./Rubenstein, LZ/Vellas, BJ/Albarede, LJ; Geriatric Programs and departments around the world, Springer, Paris - New York, S. 55-64.
- Becker, Gabriele/Klemperer, David/Vogt, Sabine, (2000): Präventiv handeln. Das Bremer Qualitätssiegel – ein neuartiges Zertifizierungsverfahren für ambulante Pflegedienste, in: www.altenhilfe.de/cfscript...hiv_art_deta.
- Becker, Wolfgang/Meifort, Barbara, (1997): Altenpflege - eine Arbeit wie jede andere? Ein Beruf fürs Leben? Dokumentation einer Längsschnittuntersuchung zu Berufseinmündung und Berufsverbleib von Altenpflegekräften (hrsgg. vom Bundesinstitut für Berufsbildung), Bertelsmann, Bielefeld.
- Becker, Wolfgang/Meifort, Barbara, (1998): Altenpflege - Abschied vom Lebensberuf. Dokumentation der Längsschnittuntersuchung zu Berufseinmündung und Berufsverbleib von Altenpflegekräften (hrsgg. durch Bundesinstitut für Berufsbildung), Bertelsmann, Bielefeld.
- Behler, Rolf/ Martin, Ute, (1999): Duisburger Modell - intensivierete Heimaufsicht des Gesundheitsamtes in Zusammenarbeit mit dem Sozialamt, in: Das Gesundheitswesen 61, S. 337-339.
- Behrens, Johann/Rothgang, Heinz, (2000): Hallesches Memorandum zur weitgehend ausgabenneutralen Reform der Pflegeversicherung, in: Zeitschrift für Sozialreform, 46. Jg., H.12, S. 1089-1097.
- Benjamin, A. E./Matthias, R./Franke, T.M., (2000): Comparing consumer-directed and agency models for providing supportive services at home, in: Health Services Research, Vol. 35, No. 1, S. 351-66.
- Berger, Gerhard, (1997): Externes Qualitätsmanagement in der stationären Altenpflege - das Instrument SIESTA, in: Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung 2/2000, S. 113-119.
- Berger, Gerhard/Gerngroß-Haas, Gabriele, (1997): Wo liegen die Stärken und Schwächen? Von der Qualitätsdiagnose zur Qualitätssicherung, in: *Altenheim* 3/1997, S. 28-39.
- Berger, Gerhard/Gerngroß-Haas, Gabriele, (Hg.) (1999): SIESTA - Qualitätsdiagnose in Pflegeheimen - Pilotstudie Baden-Württemberg (Modul D: Befragung der Angehörigen) Informationsschrift der Landesregierung Baden-Württemberg, Sozialministerium Baden-Württemberg, Stuttgart.
- Berger, Judith/Nolting, Hans-Dieter/Schiffhorst, Guido et al., (2001): BGW-DAK Gesundheitsreport Altenpflege 2001: Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegekräften in der stationären Altenpflege, BGW/DAK, Hamburg.
- Berlowitz, Dan R./Anderson, Jennifer J./Brandeis, Gary H./Lehner, Laura A./Brand, Harriet K./ Ash, Arlene S./ Moskowitz, Mark, A., (1999): Pressure Ulcer Development in the VA: Characteristics of Nursing Homes Providing Best Care, in: American Journal of Medical Quality; Vol.14; Nr.1/1999, S. 39-44.
- Berlowitz, Dan R./Bezerra, Herminio Q./Brandeis, Gary H./Kader Boris, (2000): Are we improving the quality of nursing home care? The cases of pressure ulcers, in: Journal of the American Geriatrics Society, 48, 1/2000, S. 59-62.
- Berlowitz, Dan R./Halpern, Jay, (1997): Evaluating and improving pressure ulcer care: the VA experience with administrative data, in: Joint Commission Journal on Quality Improvement, Vol. 23, No. 8, S. 424-433.
- Besendorfer, Andrea/Göschel, Irmgard/Senftleben, Barbara, (1996): Gütekriterien für die Pflege. Pflegestandards als Instrument zur Qualitätssicherung, in: *Altenpflege* 7/1996, S. 458-460.
- Besselmann, Klaus/Sowinski, Christine/Rückert, Willi (unter Mitarbeit von: Donnay, Katja/v. Petersenn, Ramona, (1998): Qualitätshandbuch Wohnen im Heim. Wege zu einem selbstbestimmten und selbständigen Heim (Ein Handbuch zur internen Qualitätsentwicklung in den AEDL-Bereichen), Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA), Köln.
- Beyer, Johanna/Dill, Helga, (1995): Pflegestandards in der stationären Altenhilfe - Literaturexpertise, in: Dill, Helga/ Schönberger, Christiane; Ein Schritt vorwärts - zwei zurück? Stationäre Altenpflege zwischen Sparkonzepten und Qualitätssicherung am Beispiel der bayerischen Arbeiterwohlfahrt, ISS-Eigenverlag, Frankfurt a.M, S. 105-132
- Bienstein, Christel, (2001): Dekubitus: Umsetzung des Pflegestandards in die Pflegepraxis, in: www.hsm-bonn.de/Schriften/Dekubitus.htm.
- Binder, Raimund, (1998): Bewohner geben die Richtung an, in: *Altenheim* 6/98, S. 8-14.

- Binstock, Robert H., (1999): Long-term care at the turn of the century, in: *The Gerontologist*, Vol. 39, No. 3, S. 368-373.
- Birke, Tina/Nehmzow, Ralf, (2000): Altenheime -- es gibt noch mehr Hilferufe, in: www.abendblatt.net/contents/ha/lokales/html/240800/1724OLD0.htm.
- Blonski, Harald, (1998): Qualitätsmanagement in der Altenpflege: Methoden, Erfahrungen, Entscheidungshilfen., Brigitte Kunz, Hagen.
- Blum, Karl, (1997): Patientenorientierte Qualitätssicherung -- Patientenbefragungen als Beitrag zum Total Quality Management im Gesundheitswesen, in: *Sozialer Fortschritt* 9-10, S. 231-237.
- Blume, Gabi, (2000): Qualitätsmessung: Ansätze und Grenzen, in: *Blätter der Wohlfahrtspflege* 9+10/2000, S. 217-219.
- Bohn, Eckart, (1996): Auswirkungen der 2. Stufe der Pflegeversicherung für die stationären Altenpflegeeinrichtungen: Planungen - Baukosten - Finanzierung - Standards. Fachtagung: Das Altenheim vor neuen Anforderungen 1995, Stuttgart.
- Bölicke, Claus, (2001): Definitionen zu Standards, Richtlinien, Leitlinien und Standardpflegeplänen, in: *Pflege Aktuell* 2, S. 96-99.
- Bonnekoh, Ursula, (1994): Selbstbewußt und kompetent handeln. Das Selbstbild des Pflegepersonals und dessen Einfluß auf die Pflegequalität, in: *Altenpflege* 5/1994, S. 297-298.
- Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter - "Handeln statt Mißhandeln", (Hg.) (1999): Jahresbericht 1999, Selbstverlag, Bonn.
- Bradley, Maryjane G./Thompson, Nancy R., (2000): Quality management integration in long-term care: guidelines for excellence, Health Professions Press, Baltimore.
- Bravo, Gina/De Wals, Philippe/Dubois, Marie-France/Charpentier, Michèle, (1999): Correlates of care quality in long-term care facilities: a multilevel analysis, in: *Journal of Gerontology*, Vol. 54 B, No. 3, S. 180-188.
- Brendebach, Christine M., (2000): Gewalt gegen alte Menschen in der Familie. Bonner Schriftenreihe "Gewalt im Alter", Band 6, Chudeck-Druck, Bornheim-Secktem.
- Brocklehurst, John/Dickinson, Edward/Windsor, Joy, (1998): Sequential audits of geriatric care: measuring change in structure and process and the contribution of clinical audit, in: *Journal of the Royal College of Physicians of London*, Vol. 32, No. 6, S. 564-567.
- Bruder, Jens/Meier, Rolf/Voß, Lothar, (1996): Modellprojekt Pflegestufenbestimmung im stationären Bereich -- MOPS (Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung und der Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales der Freien und Hansestadt Hamburg, Abschlußbericht), Hamburg.
- Brüggemann, Jürgen, (1997): Wir wollen beraten - nicht ausschließlich kontrollieren! Das neue MDK-Konzept zur Qualitätsprüfung in den ambulanten Diensten, in: *Häusliche Pflege* 4/1997 www.altenhilfe.de/cfscripits/hp_archiv_art_deta.CFM?hptestneu_ID=41.
- Brüggemann, Jürgen, (1999): Pflegeprozess: Steuern statt schlingern. Erfahrungen und Anforderungen im Umgang mit der Pflegedokumentation, in: *Forum Sozialstation* 8/1999, S. 40-43.
- Brüggemann, Jürgen, (2001): Qualität ist kein Zufallstreffer. Das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz wie auch die neue MDK-Anleitung für Qualitätsprüfungen setzen auf Qualitätsmanagement in den Einrichtungen, Essen.
- Brümmerhoff, Dieter, (1996): Finanzwissenschaft, Oldenbourg, München/Wien.
- Brunner, Anne/Wildner, Manfred/Fischer, Richela/Ludwig, Maria-Sabine/Meyer, Nicole/Crispin, Alexander/Weitkunat, Rolf, (2000): Patientenrechte in vier deutschsprachigen europäischen Regionen, in: *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 8. Jg., H. 3, S. 273-286.
- Brunner, Thomas, (Hg.) (1999): Gewalt im Alter: Formen und Ursachen lebenslagen-spezifischer Gewaltpotentiale. Marburger Forum zur Gerontologie; Bd.5 Herausgegeben vom Institut für interdisziplinäre Gerontologie und angewandte Sozialethik an der Philipps-Universität Marburg (IGS), Vektor, Graftschaft.
- Buhmann, Regine, (2000): "Vollkommen fix und fertig" -- Stressberuf Altenpflege, in: *Altenpflege* 1/2000, S. 42-46.
- Bulger, Susan/Feldmeier, Cynthia, (1998): Developing standards and quality measurements for case management practice, in: *Journal of Case Management*, Vol. 7, No. 3, S. 99-104.
- Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e.V., (2000a): Berliner Memorandum der Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen, in: *Sozialer Fortschritt* 2+3/2000, S. 61-67.

- Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e.V., (2000b): Akkreditierungsrat soll Qualität prüfen. Berliner Memorandum der Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen, in: Forum Sozialstation 4/2000, S. 10-11.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA), (Hg.) (1998): Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung (BT-Drs. 1036/97).
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), (Hg.) (1985): Qualitätsmanagement und Care-Management in der ambulanten Pflege, Nürnberg.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), (2001a): Modellprojekt: Gewalt gegen ältere Menschen im persönlichen Nahraum. Abschlussbericht., Hannover.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), (Hg.) (2001b): Qualität in der stationären Versorgung Demenzkranker: (Dokumentation eines Workshops) Schriftenreihe Bd. 207.2, Kohlhammer, Stuttgart.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG), (2001a): Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz - PQsG) vom 13.07.2001 (BT-Drs. 14/6308).
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG), (Hg.) (2001b): Zweiter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, Bonn.
- Cambois, Emmanuelle/Robine, Jean-Marie, (1996): An international comparison of trends in disability-free life expectancy, in: Eisen, Roland/Sloan, Frank A. (Hg.), Long-term care: Economic issues and policy solutions, Kluwer Academic Publishers, Boston u.a, S. 11-23.
- Cappell, Eckhard, (1996): Die Bestimmung des Umfangs der Pflegebedürftigkeit nach dem Pflegeversicherungs-gesetz im interdisziplinären Vergleich, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 29. Jg., S. 418-425.
- Carell, Angela, (1999): Gewalt gegen ältere Menschen -- Ein Überblick über den derzeitigen Diskussionsstand, in: Brunner, Thomas (Hg), Gewalt im Alter: Formen und Ursachen lebenslagen-spezifischer Gewaltpotentiale. Marburger Forum zur Gerontologie; Bd. 5, Vektor-Verlag, Graftschaff, S. 15-35.
- Carpenter, G.I./Hirdes, J.P./Ribbe, M.W./Ikegami, N./Challis, D./Steel, K./Bernabei, R./Fries, B., (1999): Targeting and quality of nursing home care. A five nation study, in: Aging; 11; 2; 1999, S. 83-89.
- Cassel, Christiane K., (2000): Geriatrics for the 3rd millennium, in: Wiener Klinische Wochenschrift, 112. Jg., H. 9, S. 386-393.
- Castle, Nicholas G./Shea, Dennis G., (1998): The Effects of For-Profit and Not-for-Profit Facility Status on the Quality of Care for Nursing Home Residents with Mental Illness, in: Research on Aging Vol. 20, No. 2/1998, S. 246-263.
- Centre for Policy on Ageing, (Hg.) (1997): Achieving a better home life: establishing and maintaining quality in continuing care for older people. (CPA Reports 2), London.
- Challis, David/Traske, Karen, (1997): Community care, in: Mayer, Peter P./Dickinson, Edward J./Sandler, Martin (Hg.), Quality care for elderly people, Chapman & Hall Medical, London u.a, S. 97-116.
- Chappell, N.L., (1994): Home care research: what does it tell us?, in: The Gerontologist, Vol. 34, No. 1, S. 116-120.
- Chen, Mei-Yen, (1999): The Effectiveness of Health Promoting Counseling to Family Caregivers, in: Public Health Nursing, Vol. 16, No. 2, S. 125-132.
- Chiu, Lian/Pai, Lu/ Shyu, Woei-Cherng, (1997): Factors determining family caregiver's satisfaction with home care in the Taipei metropolitan area, in: Chung-Hua I Hsueh Tsa Chih (Chinese Medical Journal), Vol. 59, No. 1, S. 28-36.
- Cofer, Jennifer I., (2000): Continuous quality improvement for long-term care, Opus Communications, Marblehead.
- Cohen-Mansfield, Jiska/Noelker, Linda, (2000): Nursing staff satisfaction in long-term care: an overview, in: Cohen-Mansfield, Jiska/Ejaz, Farida K./Werner, Perla (Hg.), Satisfaction surveys in long-term care, Springer, New York, S. 52-75
- Cohen-Mansfield, Jiska/Ejaz, Farida K./Werner, Perla, (Hg.) (2000a): Satisfaction surveys in long-term care, Springer, New York.
- Cohen-Mansfield, Jiska; Ejaz, Farida K.; Werner, Perla, (2000b): Measuring satisfaction in long-term care: "How to?" and other more troublesome questions, in: The Gerontologist, S. 752-756.
- Coleman, B., (2000): Assuring the quality of home care: the challenge of involving the consumer, in: www.research.aasp.org.

- Comijs, Hannie C./Pot, Anne M./Smit, Johannes H./Bouter, Lex M./Jonker, Cees, (1998): Elder abuse in the community: prevalence and consequences, in: *Journal of the American geriatrics Society*, Vol. 46, No. 7, S. 885-888.
- Cook, Albert/Klein, Barbara, (1997): Bewohner sehen vieles anders, in: *Altenheim 12/1997*, S. 16-25.
- Coons, Dorothy H./Mace, Nancy, (1996): *Quality of life in long-term care*, Haworth Press, New York.
- Crawford, J. Mac, (2000): Trends in the use of satisfaction surveys in long-term care and in-house versus consulting-firm questionnaire administration, in: Cohen-Mansfield, Jiska/Ejanz, Farida K./Werner, Perla (Hg.), *Satisfaction surveys in long-term care*, Springer, New York, S. 101-121
- Dahlggaard, Knut/Schiemann, Doris, (1996): Voraussetzungen und Darstellung der Methode der Stationsgebundenen Qualitätssicherung. Darstellung der Methode und der Voraussetzungen für ihren Einsatz (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit.Bd. 79.Teil 1), Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden.
- Dangel, Bärbel/Korporal, Johannes, (2000): Konzept und Relevanz der Qualitätssicherung in der sozialen Pflegeversicherung und ihre Bedeutung für die Professionalisierung der Pflege, in: *Sozialer Fortschritt 10/2000*, S. 246-253.
- Dangel, Bärbel/ Korporal, Johannes, (2001): Qualitätssicherung in der pflegerischen Versorgung - Ansatz und Implementation eines berufe- und institutionenübergreifenden Qualitätssicherungsprojekts, in: *Pflege 2001*, S. 317- 326.
- Dangel-Vogelsang, Bärbel, (1999): *Qualitätssicherung und Pflege. Konzepte, Methoden, Institutionalisierung*, E.B.-Verlag, Hamburg.
- DBfK (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V.), (2000): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe. Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege, in: *Pflege Aktuell 12/2000*, S. 685-686.
- Degenholtz, Howard/Kane, Rosalie/Kivnick, Helen Q., (1997): Care-related preferences and values of elderly community-based LTC consumers: Can case managers learn what's important to clients?, in: *The Gerontologist*, Vol. 37, No. 6, S. 767-776.
- Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG), (1996): *Professionelle Pflege alter Menschen. Positionspapier des Fachbereichs IV der DGGG*.
- Deutscher Bundestag, Referat Öffentlichkeitsarbeit, (Hg.) (1998): *Demographischer Wandel: Zweiter Zwischenbericht der Enquete-Kommission "Demographischer Wandel" - Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den einzelnen und die Politik*, Dt. Bundestag, Referat Öffentlichkeitsarbeit, Bonn.
- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband (DPWV), (1999): *Qualitätssicherung: Prozeßstandards in der ambulanten Pflege*, Paritätische Verlagsgesellschaft mbH, Frankfurt am Main.
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge, (1996): Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Qualitätssicherung in der ambulanten, teilstationären und stationären Altenpflege, in: *NDV 1/1996*, S. 1-2.
- Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA), (2001): MDK-Prüfung deckt Mängel in sächsischen Heimen auf, in: *Informationsdienst Altenpflege 9/10 2001*, S. 8.
- Diakonisches Werk Hamburg, (1998): *Schritte zum Diakonie-Siegel. Projektbericht des Hamburger Diakonie-Siegel: Qualität in der Pflege*, Hamburg.
- Dibelius, Olivia, (2001): Pflegemanagement im Spannungsfeld zwischen Ethik und Ökonomie: Eine qualitative Untersuchung in der stationären und teilstationären Altenpflege, in: *Pflege 2001 / 14*, S. 407-413, Hans Huber.
- Dietrich, Hans, (1996): Befunde zu ausgewählten erwerbsbiografischen Aspekten von Pflegekräften in der stationären Altenpflege, in: Meifort, Barbara/Becker, Wolfgang (Hg.), *Berufseinmündung und Berufsverbleib von Altenpflegekräften in den ersten Berufsjahren*, KDA, S. 78-94.
- Diwan, Sadhna/Berger, Cathie/Ivy, Catherine, (1996): Supervision and Quality assurance in long-Term-Care Case Management, in: *Journal of Case management Vol. 5 Nr.2 /1996*, S. 65-71.
- Döhner, Hanneli, (1998): Care- und Case-Management durch das Modell PAGT in Hamburg, in: Schmidt-Ohlemann, Matthias/Zippel, Christian/Blumenthal, Wolfgang/Fichtner, Hans Joachim (Hg.), *Ambulante wohnortnahe Rehabilitation*, Univ.-Verlag, Ulm, S. 195-202.
- Döhner, Hanneli/Schick, Birgit, (Hg.) (1996): *Gesundheit durch Kooperation. Die Rolle der Hausarztpraxis in der geriatrischen Versorgung*, Lit, Hamburg.
- Domscheit, Stefan/Wingenfeld, Klaus, (1996): *Pflegeüberleitung in Nordrhein-Westfalen - Konzeptionelle Entwicklungen, Problemfelder und Anforderungen*, Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, Bielefeld.

- Donabedian, A., (1996): Evaluating the quality of medical care, in: Milbank Memorial Found Quarterly 2/1966, S. 166-206.
- Doyle, Colleen/Dudgeon, Paul, (1999): Welche Faktoren beeinflussen den Arbeitsplatzwechsel in Altenpflegeheimen? Eine Untersuchung in Melbourne (Australien), in: Zimber, Andreas/Weyrer, Siegfried (Hg.), Arbeitsbelastung in der Altenpflege, Verlag für Angewandte Psychologie, Göttingen, S. 240-248
- Dücker, Barbara, (1998): Pflegequalität aus der Sicht älterer Menschen, in: Blonski, Harald (Hg.), Qualitätsmanagement in der Altenpflege, Brigitte Kunz, Hagen, S. 199-211.
- Duffy, Jo Ann/Duffy, Michael/Kilbourne, William, (1997): Cross national study of perceived service Quality in long-term care facilities, in: Journal of aging studies, Vol. 11, Nr.4/1997, S. 327-336.
- Edvartsen, Trond, O., (1996): Possibilities and problems in a cross-country comparative analysis of long-term care systems, in: Eisen, Roland; Sloan, Frank A. (Hg.) Long-Term Care: Economic issues and policy solutions, Kluwer Academic Publishers, Boston u.a, S. 25-42.
- Eifert, Barbara/Krämer, Katrin/Roth, Günter, (1997): Beratung nach § 4 PfG NW: Erste Evaluationsergebnisse, in: Asam, W.H./Altmann, U./Lutz-Gräber, Ch./Petroff, U. (Hg.), Beratung nach dem Landespflegegesetz NRW. Ein Verfahrenshandbuch mit Beispielen aus der kommunalen Praxis (Institut für Kommunale Sozialforschung und Sozialpolitik gem. e.V. (IKOS), Schriftenreihe des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Selbstverlag, Düsseldorf, S. 237-252.
- Eifert, Barbara/Krämer, Katrin/Roth, Günter, (1999a): Die Auswirkungen des Gesetzes zur Umsetzung des Pflegeversicherungsgesetzes (Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen -- PfG NW). Untersuchung im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Stadtentwicklung, Kultur und Sport des Landes Nordrhein-Westfalen (MASSKS). LT-Drs. 13/11 vom 06.06.2000, Düsseldorf.
- Eifert, Barbara/Krämer, Katrin/Roth, Günter/Rothgang, Heinz, (1999b): Die Umsetzung der Pflegeversicherung in den Bundesländern im Vergleich (Bericht über eine Fachtagung der Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V., Dortmund, und des Zentrums für Sozialpolitik der Universität Bremen am 10. und 11. Dezember 1998 in Köln), in: NDV 8/1999, S. 259-266.
- Eisen, Roland/Mager, Hans-Christian, (1996): Long-Term-Care -- An Inter- and Intragenerational Decision Model, in: Eisen, Roland/Sloan, Frank A. (Hg.), Long-Term-Care: Economic Issues and Policy Solutions, Kluwer, Norwell/MA, S. 251-284.
- Eisen, Roland/Mager, Hans-Christian, (Hg.) (1999): Pflegebedürftigkeit und Pflegesicherung in ausgewählten Ländern, Leske + Budrich, Opladen.
- Eisen, Roland/Sloan, Frank A., (Hg.) (1996): Long-term care: economic issues and policy solutions, Kluwer Academic Publishers, Boston.
- Ellis, Roger/Whittington, Dorothy, (1998): Quality assurance in social care: an introductory workbook, Arnold, London.
- Endruweit, Günter/Berger, Gerhard/Gerngroß-Haas, Gabriele, (Hg.) (1998): SIESTA - Qualitätsdiagnose in Pflegeheimen - Pilotstudie Baden-Württemberg (Synthesebericht) Informationsschrift der Landesregierung Baden-Württemberg, Sozialministerium Baden-Württemberg, Stuttgart.
- Eng, Catherine/Pedulla, James/Eliezer, Paul/McCann, Robert/Fox, Norris, (1997): Program of all-inclusive care for the elderly (PACE): an innovative model of integrated geriatric care and financing, in: Journal of the American Geriatrics Society, Vol. 45., No. 2, S. 223-232.
- Engel, Heike/Engels, Dietrich, (2000): Case Management in Various National Elderly Assistance Systems (hrsgg. v. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Schriftenreihe Bd. 189.2), Kohlhammer, Stuttgart u.a.
- Engel, Michael, (2000): Die Überprüfung der Qualitätssicherung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen gem. § 80 SGB XI, in: www.bad-ev.de/ueberpruefung.html.
- Engels, D./Friedrich, W., (1996): Die Personalsituation in der stationären und ambulanten Altenhilfe im Bereich der alten Bundesländer (Analyse des Otto-Blume-Institutes für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik im Auftrag des Kuratoriums Deutsche Altershilfe), in: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hg.), Personalsituation in der Altenpflege in der Bundesrepublik Deutschland. Schriftenreihe des BMFSFJ, Kohlhammer, Stuttgart, S. 1-34.
- Entzian, Hildegard, (1998): Helfen wollen reicht nicht. Dreh- und Angelpunkt beruflicher Pflege ist die Steuerung des Pflegeprozesses, in: Forum Sozialstation 12/1998, S. 44-48.

- Entzian, Hildegard, (1999): Auf der Suche nach dem Pflegeziel. Im Berufsalltag fehlen häufig Richtung und Maßstab, in: Forum Sozialstation 10/1999, S. 22-26.
- Entzian, Hildegard, (Hg.) (2000): Soziale Gerontologie: Forschung und Praxisentwicklung im Pflegewesen und in der Altenarbeit, Mabuse, Frankfurt a.M.
- Entzian, Hildegard/Klie, Thomas, (1996): Professionalisierung der Pflege älterer Menschen, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 29. Jg., H. 6, S. 404-410.
- Evers, Adalbert/Haverinen, Riitta/Leichsenring, Kai/Wistow, Gerald (Eds.), (1997): Developing Quality in Personal Social Services. Concepts, Cases and Comments, Aldershot et al., Ashgate.
- Evers, Adalbert/Leichsenring, Kai/Strümpel, Charlotte, (Hg.) (1995): Klientenrechte. Sozialpolitische Steuerung der Qualität von Hilfe und Pflege im Alter, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Wien.
- Ewers, Michael, (1997): Case Management in der klinischen Versorgung, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 5. Jg., H. 4, S. 309-322.
- Ewers, Michael/Schaeffer, Doris, (1998): Qualitätsentwicklung in der Pflege, in: Michel-Fabian, Rudolf (Hg.), Qualitätsentwicklung in der Pflege und Qualitätssicherung nach § 80 SGB XI, Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche von Westfalen, Münster, S. 5-21.
- Ewers, Michael/Schaeffer, Doris, (Hg.) (2000): Case Management in Theorie und Praxis, Huber, Bern, Göttingen.
- Faigle, Birgit/Knäpple, Annerose, (1998): Qualität aus der Sicht der Pflegebedürftigen, in: Altenheim 5/98, S. 8-12.
- Fazzone, Patricia A./Barloon, Linda F./McConnell, Susan J./Chitty, Julie A., (2000): Personal Safety, Violence and Home Health, in: Public Health Nursing, Vol. 17, No. 1, S. 43-52.
- Feder, J./Lambrew, J./Huckaby, M., (1997): Medicaid and long-term care for the elderly: implications of restructuring, in: Milbank Quarterly, Vol. 75, No. 4, S. 425-459.
- Ferenzkiewicz, Dorothea/Horn, Ingrid/Klein, Ricarda/Landenberger, Margarete, (Hg.) (2002): Pflegepfade in Europa: Neue Forschungsergebnisse und Praxisprojekte aus Pflege, Management und Gesundheitspolitik in Europa. Tagungsband der 4. Konferenz der European Nurse Directors Association in Halle/Saale 1999. Gefördert durch Robert Bosch Stiftung, Stuttgart, Mabuse, Frankfurt a.M.
- Flieder, Margret, (2001): Schnell weg? Verbleib und Fluktuation im Pflegeberuf, in: Dr. Med. Mabuse 134, November/Dezember 2001, S. 29-32.
- Flügel, K., (1996): Pflegeforschung in der Altenpflege. Eine Literaturstudie auf der Grundlage von zwei wissenschaftlichen Fachzeitschriften, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 29. Jg., H. 6, S. 397-403.
- Foley, Lisa A., (1999): Care management: Policy considerations for original medicare, in: http://research.aarp.org/health/ib38_care_1.html.
- Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung, Abt. Arbeit und Sozialpolitik, (Hg.) (1999): Qualitätssicherung in der Pflege, Eigenverlag, Bonn.
- Forschungsverbände in der Deutschen Gesellschaft Public Health, (Hg.) (1999): Public Health Forschung in Deutschland, Hans Huber, Bern.
- Förster, Helmut/Nottenkämper, Barbara, (1996): Sozialvisite als Instrument der ambulant-stationären Verzahnung bei Pflegebedürftigkeit, in: Medizinische Klinik 11/1996, S. 723-724.
- Forster, Jürgen, (1999): Mehr Kontrollen sollen Qualität spürbar verbessern, in: Forum Sozialstation Nr. 97 / April 1999, S. 10.
- Fortinsky, Richard H./Madigan, Elizabeth A., (1997): Home care resource consumption and patient outcomes: What are the relationships?, in: Home Health Care Services Quarterly 16/1997, S. 55-73.
- Fowler, Emily/MacRae, Susan/Stern, Amy/Harrison, Teresa/Gerteis, Margaret/Walker, Jan/Edgman-Levitan, Susan/Ruga, Wayne, (1999): The built environment as a component of quality care: understanding and including the patients perspective, in: The Joint Commission Journal on Quality Improvement, Vol. 25, No. 7, S. 352-362.
- Francois-Kettner, Hedwig, (1996): Einführung der Stationsgebundenen Qualitätssicherung im Universitätsklinikum Benjamin Franklin - ein Werkstattbericht (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Bd. 79 Teil 2), Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden.
- Frantz, Rita A., (1997): Measuring prevalence and incidence of pressure ulcers, in: Advances in Wound Care, Vol.10, No. 1, S. 21-24.

- Freedman, Jay A./Cook, Cynthia A./Robinson, Tom/Kinney, Eleanor D., (1995): Collaborative QI in community-based long term care, in: The Joint Commission Journal on Quality Improvement, Vol. 21, No. 12, S. 701-710.
- Frei-Rhein, Geneviève, Hantikainen, Virpi, (2001): Wie erleben und beschreiben Pflegendes Qualität im Alltag?, in: Pflege 2001, S. 395-405.
- Fries, E./Hawes, C./Mor, V./Morris, J.N./Park, P.S./Phillips, C.D., (1997): Effect of the National Resident Assessment Instrument on Selected Health Conditions and Problems, in: Journal of the American Geriatrics Society (JAGS) 45/1997, S. 994-1001.
- Funk, Ulrike, (1997): Qualitätssicherung in der kundenorientierten Pflege, Kohlhammer, Stuttgart.
- Fussek, Claus, (1997a): "Chronik eines Erdbebens". In München sind skandalöse Zustände in Pflegeheimen ans Tageslicht gekommen, in: Altenpflege 7/1997, S. 18-19.
- Fussek, Claus, (1997b): "Manchmal kann ich einfach nicht mehr - dann...". Ein Tabu: Ursachen für Gewalt und Mißhandlungen in der häuslichen Pflege, in: Häusliche Pflege 1/1997; www.altenhilfe.de/cfscript...hiv_art_deta.CFM?hptestneu_ID=27.
- Fussek, Claus, (1999): "Entsetzt und erschüttert". Einmal mehr macht ein Pflegeskandal in München überregional Schlagzeilen, in: Altenpflege 5/1999, S. 18-19.
- Galias, Delores L., (1996): Quality assessment and assurance: for long term care nursing facilities, Briggs Corporation, Des Moines, Iowa.
- Garms-Homolová Vjenka, (1996): Total Quality Management und die Qualitätsdiskussion in Pflege und Medizin in Deutschland, in: Tews, H.P./Klie, Th./Schütz, R. (Hg.), Altern und Politik, Bibliomed, Medizinische Verlagsgesellschaft, Melsungen, S. 227-236.
- Garms-Homolová Vjenka, (1999a): Resident Assessment Instrument und Pflegediagnosen - zwei konkurrierende oder sich ergänzende Instrumente der professionellen Pflege?, in: Kollak, Ingrid/Georg, Margret (Hg.), Pflegediagnosen: Was leisten sie - was leisten sie nicht?, Mabuse, Frankfurt am Main, S. 59-66.
- Garms-Homolová Vjenka, (1999b): Stellenwert und Voraussetzungen von Pflegeplanung /-dokumentation, in: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)(Hg.), Selbstbestimmung in Einrichtungen, Qualitätsentwicklung und Dienstleistung in der Altenpflege, Berlin, S. 42-45.
- Garms-Homolová V./ Gilgen, R./Weiss, U, (1996): Resident Assessment Instrument (RAI). System zur Klientenbeurteilung und Dokumentation.(unter Mitab. mit Sowinski, C.), Kuratorium deutsche Altershilfe, Forum, Bd. 28, KDA, Köln.
- Garms-Homolová Vjenka/Niehörster, Gabriele/Vahrenhorst, Veronika, (1998): Identifizierung von Potentialen für eine selbständigere Lebensführung. Abschlussbericht des Forschungsprojekts "Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe". Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Kohlhammer, Stuttgart.
- Garms-Homolová Vjenka/Gilgen, R., (Hg.) (2000): Resident Assessment Instrument. Beurteilung, Dokumentation und Pflegeplanung in der Langzeitpflege und geriatrischen Rehabilitation, Hans Huber, Bern u.a.
- Garms-Homolová Vjenka/Niehörster, Gabriele, (1997): Pflegedokumentation. Auswählen und erfolgreich anwenden in Pflegeeinrichtungen, Vincentz, Hannover.
- Gebert, Alfred J./Kneubühler, Hans-Ulrich (unter Mitarbeit von Günther Latzel), (2001): Qualitätsbeurteilung und Evaluation der Qualitätssicherung in Pflegeheimen: Plädoyer für ein gemeinsames Lernen, Huber, Bern u.a.
- Gennrich, Rolf, (1999a): Plaisir - ein Verfahren zur Bestimmung des quantitativen und qualitativen Personalbedarfs in der stationären Pflege, in: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit 4/99, S. 138-143.
- Gennrich, Rolf, (1999b): Arbeitsfeld Sozialmanagement: PLAISIR - Bestimmung des quantitativen und qualitativen Personalbedarfs in der stationären Altenpflege, in: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit 4/99, S. 138-143.
- Geron, Scott M./Smith, Kevin/Tennstedt, Sharon/Jette, Alan/Chassler, Deborah/Kasten, Linda, (2000): The Home Care Satisfaction Measure: A Client-Centered Approach to Assessing the Satisfaction of Frail Older Adults With Home Care Services, in: Journal of Gerontology: Social Sciences, Vol. 55 B, No. 5, S. 259-270.
- Gerste, Bettina/Rehbein, Isabel, (1998): Der Pflegemarkt in Deutschland. Ein statistischer Überblick (Wissenschaftliches Institut der AOK, WIdO, Bonn.
- Gesundheitsamt Bremen, (Hg.) (2000): Bremer Qualitäts-Siegel für ambulante Pflegedienste, Bremen.

- Gibson, Diane, (1998): Aged Care: Old Policies, New Problems, Univ. Press, Cambridge.
- Giebing, Hannie/ Francois-Kettner, Heidi/Roes, Martina/Mar, Heather, (1997): Pflegerische Qualitätssicherung: Konzept, Methode, Praxis, Eicanos, Bocholt.
- Gilgen, R./Garms-Homolová, V., (1995): Resident Assessment Instrument (RAI): System zur Klientenbeurteilung und Dokumentation in der Langzeitpflege - Eine Übersicht, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 28. Jg., H. 1, S. 25-28.
- Gilgen, Ruedi/Weiss, Ursula, (1998): Resident Assessment Instrument (RAI): System zur Klientenbeurteilung und Dokumentation in der Langzeitpflege. Eine Übersicht, in: Steinhagen-Thiessen, Elisabeth (Hg.), Das geriatrische Assessment. Materialien und Berichte der Robert-Bosch-Stiftung, 48, Schattauer, Stuttgart, S. 239-246.
- Gill, Winfried/Mantey, Waltraud, (1997): Die Sozialvisite: Mehr als eine Pflegeüberleitung, in: Pflege Aktuell 6/1997, S. 376-380.
- Gillick, M.R./Mendes, M.L., (1996): Medical care in old age: what do nurses in long-term care consider appropriate?, in: Journal of the American Geriatrics Society, Vol. 44, No. 11, S. 1322-1325.
- Gitschmann, Peter, (1997): Verbraucherschutz und Qualitätssicherung: Im Zentrum des Pflegeversicherungssystems rumort es -- Hamburg und die Folgen, in: Forum Sozialstation 6/1997, S. 18-22.
- Göpfert-Divivier, Werner/Lauer, Heike, (2001): Untersuchung zur Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen in der ambulanten Pflege, Saarbrücken, Hannover.
- Göpfert-Divivier, Werner/Robitzsch, Moniaka/Schweikart, Rudolf, (1999): "Qualitätsmanagement" und "Care-Management" in der ambulanten Pflege. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Band 173, Kohlhammer, Stuttgart; Berlin; Köln.
- Görgen, Thomas, (1999): Erscheinungsformen und Bedingungen von Aggression und Gewalt in stationären Pflegeeinrichtungen, in: Thomas Brunner (Hg.), Gewalt im Alter: Formen und Ursachen lebenslagenspezifischer Gewaltpotentiale, Vektor-Verlag, S. 57-109.
- Görgen, Thomas, (2000): Belastungen, Konflikte und Gewalt in stationären Altenhilfeeinrichtungen -- Ergebnisse einer Befragung von Pflegekräften. Vortrag zur DGGG-Jahrestagung 2000 am 19.09.00 in Nürnberg.
- Görgen, Thomas/Anja Hüsing/Gruner, Josefine, (2001): Gewalt in der Altenpflege: Das hat mich echt geschockt!, in: Altenpflege 6/2001, S. 32-34.
- Görres, Stefan, (1996a): Gesundheit und Krankheit im Alter. Defizite und Perspektiven in der Versorgungsforschung, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 29. Jg., H. 5, S. 375-381.
- Görres, Stefan, (1996b): Qualitätssicherung und standardisierte Verfahren -- eine kritische Auseinandersetzung, in: Pflege, 9. Jg., H. 4, S. 300-306.
- Görres, Stefan/Friesacher H., (1998): Pflegewissenschaft in Deutschland -- Gegenwärtiger Stand der Entwicklungsperspektiven, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 31. Jg, H. 3, S. 157-169.
- Görres, Stefan/Hinz, Markus, (2000): Zwischenbericht zur Evaluation des Informationsbüros und Pflegebeschwerdestelle, Veröffentlichung der Universität Bremen, Bremen.
- Görres, Stefan/Markus Ingo Hinz/Reif Karl et al., (2002): Pflegevisite: Möglichkeiten und Grenzen. Eine empirische Untersuchung in den Bundesländern Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen und Schleswig-Holstein, in: Pflege 15, S. 25-32.
- Graber-Dünow, Michael, (2001): Am Problem vorbei. Das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz und seine Auswirkungen., in: Dr. med. Mabuse 130 (März/April 2001), S. 12-15.
- Grabowski, David C., (2001): Medicaid reimbursement and the quality of nursing home care, in: Journal of health economics; 20; 4/2001, S. 549-569.
- Green, Jill Hoggard, (1989): Long-Term Home Care Research, in: Nursing & Health Care, Vol. 10, No. 3, S. 139-144.
- Grenier-Sennelier, C./Maillet-Gouret, M.C./Ribet-Reinhart, N./Minvielle, E./Jeny-Loeper, C., (1998): Mise en place d'un programme d'Assurance de la Qualité afin de prévenir les chutes de personnes hospitalisées dans un établissement de soins se suite et de réadaptation, in: La Revue de Gériatrie, Tome 23, 4/98, S. 303-316.
- Grieshaber, Uschi, (1998): Gewalt gegen Alte hat viele Gesichter, in: Forum Sozialstation 12/1998, S. 18-20.
- Grieshaber, Uschi, (2000a): Gegen Druck. Dekubitus: Prophylaxe nach Standard, in: Forum Sozialstation 4/2000, S. 14-19.

- Grieshaber, Uschi, (2000b): Kunden und Kwaliteit. Im Vergleich: Pflegequalität durch die deutsche Pflegeversicherung und durch das niederländische personengebundene Budget, in: Forum Sozialstation 10/2000, S. 22-24.
- Hansen, Eckhard, (1997): Qualitätsaspekte sozialer Dienstleistungen zwischen Professionalisierung und Konsumentenorientierung. Qualitätsdiskurse in Großbritannien und Deutschland, in: Zeitschrift für Sozialreform, 43. Jg., H. 1, S. 1-28.
- Harrington, Charlene, (1999): The nursing home industry. The failure of reform efforts, in: Minkler, Meredith; Estes Carroll L.(Hg.), Critical gerontology, S.
- Harrington, Charlene/Zimmerman, David/Karon, Sarita L./Robinson, James/Butel, Patricia, (2000a): Nursing home staffing and its relationship to deficiencies, in: Journal of Gerontology, Vol. 55 B, No. 5, S. 278-287.
- Harrington, Charlene/Kovner Christine/Mezey, Mathy/Kayser-Jones, Jeanie et al., (2000b): Expert recommend minimum nurse staffing standards for facilities in the United States, in: The Gerontologist, 40, 1/2000, S. 5-16.
- Hartig, Margret Thorman/Engle, Veronica F./Graney, Marshall J., (1997): Accuracy of Nurse Aides' Functional Health Assessment of Nursing Home Residents, in: Journals of Gerontology. Series A, Medical Science, 52: 3/1997, S. 142-148.
- Hartmann, Hildegard, (1999): Ins Schwarze getroffen. Auftakt eines DRK-Projekts zum Qualitätsmanagement, in: Forum Sozialstation 10/1999, S. 27-29.
- Hauch-Fleck, Marie-Luise, (2001): Martyrium ohne Not, in: Die Zeit 31/2001, S. 1-5.
- Häussler-Szepan, Monika, (1998): Möglichkeiten und Grenzen einer selbständigen Lebensführung in Einrichtungen: integrierter Gesamtbericht zur gleichnamigen Untersuchung (hrsgg. v. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Schriftenreihe Bd. 147.1), Kohlhammer, Stuttgart u.a.
- Häußler-Szepan, Monika, (1999): Selbstbestimmung in Einrichtungen, Qualitätsentwicklung und Dienstleistung in der Altenpflege. Dokumentation der Fachtagung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend am 22. und 23. März 1999 in Leipzig, Berlin.
- Hawes, Catherine/Mor, Vincent/Phillips, Charles D./Fries, Brant E./Morris, John N./Steele-Friedlob, Eliana/Greene, Angela M./Nennstiel, Marianne, (1997a): The OBRA-87 Nursing Home Regulations and Implementation of the Resident Assessment Instrument: Effects on Process Quality, in: Journal of the American Geriatrics Society (JAGS) 45/1997, S. 977-985.
- Hawes, Catherine/Morris, John N./Phillips, Charles D./Fries, Brant E./Murphy, Katherine/Mur, Vincent, (1997b): Development of the nursing home Resident Assessment Instrument in the USA, in: Age and Ageing 1997, S. 19-25.
- Heinemann, A./Leutenegger, M./Cordes, O./Matschke, J./Hartung, C., (1999): Dekubitus - Risikokonstellationen, Ursachen, Eingriffsmöglichkeiten, Institut für Rechtsmedizin der Universität Hamburg, Hamburg.
- Heinemann, A./Lockemann, U./Matschke, J./Tsokos, M./Püschel, K., (2000): Dekubitus im Umfeld der Sterbephase: Epidemiologische, medizinrechtliche und ethische Aspekte, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 125. Jg., Heft 3, S. 45-51.
- Heinemann, A./Leutenegger, M./Cordes, O./Matschke, J./Hartung, C./Püschel, K./Meier-Baumgartner, H.P., (2001): Höhergradiger Dekubitus: Risikofaktoren und Pflegebedingungen in der letzten Lebensphase, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 34, Heft 6/2001, S. 509-516.
- Heinemann-Knoch, /Korte, Elke/Schönberger, Christine/Schwarz, Birgit, (1998): Möglichkeiten und Grenzen selbständigen Lebens und Arbeitens in stationären Einrichtungen: Belastungskonfigurationen und Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Hilfen, Ergebnisse von Fallstudien - Endbericht (hrsgg. v. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Schriftenreihe Bd. 147.3), Kohlhammer, Stuttgart u.a.
- Hennecke-Court, Mathias, (1998): Qualitätsbeauftragter - kein Job so nebenher. Qualitätsmanagement als strategische Entscheidung eines Unternehmens, in: Forum Sozialstation 6/1998, S. 20-23.
- Henrard, J.C./Cerase-Feurra, V./Ankri, J., (2000): Intérêt du Résident Assessment Instrument (RAI) pour l'évaluation de la Qualité des soins de longue durée, in: La Revue de Gériatrie, Tome 25, 4/2000, S. 231-242.
- Henry, Suzanne B./Holzemer, William L., (1997): Achievement of appropriate self-care. Does care delivery system make a difference?, in: Medical Care, Vol. 35, No. 11, S. 33-40.
- Hilbert, Anja/Gauggel, S., (1996): Aspekte der Qualitätssicherung im Bereich der geriatrischen Rehabilitation: Eine selektive und kritische Bestandsaufnahme, in: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 9. Jg., H. 4, S. 269-276.

- Hirsch, Rolf D./Brendebach, C., (1999): Gewalt gegen alte Menschen in der Familie: Untersuchungsergebnisse der "Bonner HsM-Studie", in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 32. Jg., H. 6, S. 449-455.
- Hirsch, Rolf D./Kranzhoff, Erhard U./Schiffhorst, Guido, (Hg.) (1999): Untersuchungen zur Gewalt gegen alte Menschen (Bonner HsM-Studie Versorgung von Pflegeabhängigen), Bonn.
- Hirsch, R.D./Kranzhoff, E.U./Erkens, F., (Hg.) (2000): Gewalt gegen alte Menschen in der Familie. Bonner Schriftenreihe "Gewalt im Alter" , Band 6, Bonn.
- Hoffmann, Alfred T., (1998): Globale Trends in der Pflegeindustrie, in: Blonski, Harald (Hg.), Qualitätsmanagement in der Altenpflege: Methoden, Erfahrungen, Entscheidungshilfen., Brigitte Kunz Verlag, Hagen, S. 21-34.
- Höft, Barbara/Hoogers, Kinie, (2000): Die Begutachtung optimieren. Qualitätszirkelarbeit verbessert Voraussetzungen und Möglichkeiten, in: Altenheim 8/2000, S. 26-29.
- Höhmann, Ulrike/Weinrich, Heidi/Gätschenberger, Gudrun, (1995): Pflegedokumentation bereitet noch erhebliche Schwierigkeiten. Forschungsprojekt des Agnes-Krall-Instituts, in: Altenpflege 11/1995, S. 722-723.
- Höhmann, Ulrike/Weinrich, Heidi/Gätschenberger, Gudrun, (1997): Neues Dokumentationssystem zur vereinfachten patientenbezogenen Umsetzung des Pflegeprozesses in ambulanter und stationärer Langzeitpflege, in: Pflege, 10. Jg., H. 3, S. 157-163.
- Holtzman, Jeremy/Degelau, John/Meyers, Roberta/Christianson, Craig/Lurie Nicole, (1997): Development and testing of a Process Measure of Nursing Home Quality of Care, in: Journal of the American Geriatrics Society (JAGS) 45/1997, S. 1203-1207.
- Hooyman, N./Kiyak, H.A., (1996): Social Gerontology. A multidisciplinary perspective, Allyn & Bacon, Boston.
- Howe, Anna L., (2000): Rearranging the compartments: the financing and delivery of care for Australia's elderly, in: Health Affairs Vol. 19, No. 3, S. 57-71.
- Hubert, Andrea, (2000): Dekubitusprophylaxe - die Pflege leistet ihren Beitrag. Das deutsche Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege hat einen Standard für die ambulante Pflege erstellt, in: Pflegen ambulant 11/2000, S. 8-11.
- Huhn, Siegfried, (1998): Neue Skala: Dekubitusrisiko erkennen. Speziell für die geriatrische Pflege entwickeltes Assessment hat sich bewährt, in: Forum Sozialstation 10/1998, S. 44-46.
- Igl, Gerhard/Thomas, Klie, (Hg.) (2000): Pflegeversicherung auf dem Prüfstand - Analysen und Perspektiven zum Vergütungs- und Leistungserbringungsrecht bei stationären Pflegeeinrichtungen, Vincentz, Hannover.
- Ikegami, Naoki/Campbell, John, (1999): Critical issues in long-term care policy - lessons from Japan, unveröffentl. Manuskript.
- Isenberg, Thomas, (1999): Defizite der Pflegeversicherung und Mißstände in den Pflege, in: AgV Forum 3/1999, S. 48-57.
- Jakubowski, Elke/Perleth, Matthias, (1998): Großbritannien: Qualitätsoffensive soll das Image des NHS aufpolieren, in: Gesundheit und Gesellschaft, 11/1998, S. 18-19.
- Jamieson, Anne, (1999): Pflegepolitik in der internationalen Perspektive, in: Naegele, Gerhard/Schütz, Rudolf-M. (Hg.), Sozialgerontologie und Sozialpolitik für ältere Menschen, Westdeutscher Verlag, Opladen, S. 399-407.
- Jette, Alan M./Smith, Kevin W./McDermott, Susan M., (1996): Quality of Medicare-Reimbursed Home Health Care, in: The Gerontologist, Vol. 36, No. 4, S. 492-501.
- Johne, Gabriele, (1997): Qualitätssicherung und Wettbewerb bei Pflegeleistungen. Eine ökonomische Analyse der Anreizstrukturen unter alternativen institutionellen Bedingungen, Campus, Frankfurt am Main.
- Johnson, Malcolm L./Cullen, Lesley/Patsios, Demi, (1999): Managers in long-term care: Their quality and qualities, The Policy Press, Bristol.
- Junker, Peter, (1998): Qualität der Pflege. Einflussgroessen, Wirkung und Messung., in: Evangelische Impulse 20, 2/1998, S. 30-31.
- Junkers, Gabriele/Moldenhauer, Bernd/Reuter, Uwe, (Hg.) (1996): Pflegeversicherung: Konsequenzen für die Reorganisation, Finanzierung und Qualitätssicherung, Schattauer, Stuttgart u.a..
- Kalisch, David W./Aman, Tetsuya/Buchele, Libbie A., (1998): Social and health policies in OECD Countries: A survey of current programmes and recent developments, OECD, Paris.
- Kämmer, K., (1997): Qualitätssicherung und Qualitätsförderung in der Pflege alter, depressiver Menschen, in: Radebold, H./Hirsch, R.D./Kipp, J./Kortus, R./Stoppe, G./Struwe, B./Wächtler, C. (Hg.), Depressionen im Alter, Steinkopff, Darmstadt, S. 69-73.

- Kämmer, Karla, (2000a): Zwischen Wahnsinn und Chance, in: *Altenpflege* 5/2000, S. 22-25.
- Kämmer, Karla, (2000b): Im Dschungel der Verfahren. DIN ISO, QAP oder MUM: Bei den zahlreichen Qualitätssystemen innerhalb der Altenpflege fällt den Verantwortlichen der Überblick schwer, in: *Altenpflege* 7/2000, S. 24-27.
- Kämmer, Karla/Schröder, Barbara, (Hg.) (1998): *Pflegemanagement in Alteneinrichtungen: Grundlagen für Konzeptentwicklung und Organisation*, Schlütersche, Hannover.
- Kane, R.L., (1995): Improving the quality of long-term care, in: *The Journal of the American Medical Association*, Vol. 273, No. 17, S. 1376-1380.
- Kane, Robert L., (1998): Assuring Quality in Nursing Home Care, in: *Journal of the American Geriatrics Society*; 46; 2/1998, S. 232-237.
- Kappler, Wolfgang, (2000): Senioren - abgeschoben und unter Drogen gesetzt, in: www.vdi-nachrichten.de/redaktion/akt-ausg.asp?id=3276.
- Karon, Sarita L./Zimmerman, David R., (1998): Nursing Home Quality Indicators and Quality Improvement Initiatives, in: *Topics in Health Information Management*; 18; 4/1998, S. 46-58.
- Karotsch, Dieter, (1997): Qualität ist, was der Kunde dafür hält, in: *Altenpflege* 8/1997, S. 36-41.
- Katz, Jacqueline/Green, Eleanor, (1996): *Qualitätsmanagement. Überprüfung und Bewertung des Pflegedienstes*, Ullstein Mosby, Wiesbaden.
- Kayser-Jones, Jeanie/Schell, Ellen S./Porter, Carol/Barbaccia, Joseph C./Shaw, Heather, (1999): Factors Contributing to Dehydration in Nursing Homes: Inadequate Staffing and Lack of Professional Supervision, in: *Journal of the American Geriatrics Society*; 47; 10/1999, S. 1187-94.
- Kellerhof, Marco/Stappenbeck, Jens, (2000): Pflegerische Versorgung: Qualitätsentwicklung und Verbraucherschutz kommen in Hamburg voran, in: *NDV* 11/2000, S. 393-394.
- Kempe, Peter/Lindner, Ingrid, (1999): Burnout-Prophylaxe durch Balintgruppen, in: Zimber, Andreas/Weyrer, Siegfried (Hg.), *Arbeitsbelastung in der Altenpflege*, Verlag für Angewandte Psychologie, Göttingen, S. 270-274.
- Kessler, Herbert, (1996): Nur kundenorientierte Anbieter werden überleben -- Die Erfahrungen der Pflegekasse mit der Pflegeversicherung - Studie belegt positive Wirkungen des neuen Zweigs der Sozialversicherung, in: *Blätter der Wohlfahrtspflege* 10/1996, S. 290-291.
- Kieselbach, Kurt, (1998): Gewalt gegen ältere Menschen nimmt zu, in: www.welt.de/daten/1998/08/28/0828de77516.htm.
- King, Laura R., (2000): *Long-term care: an analysis of access, cost and quality*, University Press of America, Lanham.
- Kingson, E.R./Berkowitz, E.D., (1993): *Social security and Medicare: A policy primer*, CT, Auburn House, Westport.
- Kleibohm, Julika, (1998): Ein Weg zu optimaler Pflegequalität. Der Verein Ambulante Hilfe in Paderborn über seine Zertifizierung nach der DIN ISO 9002, in: *Forum Sozialstation* 4/1998, S. 37-39.
- Klein, Barbara, (1997): Quality Management and Quality Assurance in Residential and Nursing Home Care in Britain and Germany, in: Evers, Adalbert/Haverinen, Riitta/Leichsenring, Kai/Wistow, Gerald (Eds.), *Developing Quality in Personal Social Services -- Concepts, Cases and Comments*, Ashgate Publ. Ltd., Aldershot, S. 139-145.
- Klie, Thomas, (1988): *Heimaufsicht : Praxis, Probleme, Perspektiven; eine rechtstatsächliche Unters. zur Aufgabewahrnehmung d. Heimaufsicht nach d. Heimgesetz*, Vincentz, Hannover.
- Klie, Thomas, (1995): Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Altenhilfe - eine Einführung, in: Klie, Thomas/Lörcher, Uwe (Hg.), *Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Altenpflege. Einführung, Modelle, Maßnahmen*, Freiburg, S. 9-28.
- Klie, Thomas, (Hg.) (1996): *Pflegeversicherung und Qualitätssicherung in der Pflege*, Bibliomed, Melsungen.
- Klie, Thomas, (1998): Die Qualitätssicherungslandschaft in der Pflege in Deutschland - eine Skizze, in: Blonski, Harald (Hg.), *Qualitätsmanagement in der Altenpflege: Methoden, Erfahrungen, Entscheidungshilfen.*, Brigitte Kunz Verlag, Hagen, S. 13-20
- Klie, Thomas, (1999): *Qualität in der häuslichen Pflege. DAK Versicherten-Befragung 1999*, Evangelische Fachhochschule, Freiburg.
- Klie, Thomas, (2001): Qualität in gemeinsamer Verantwortung. Das Pflegequalitätssicherungsgesetz zwischen reaktiver und gestaltender Pflegepolitik, in: *Altenheim* 1 / 2001, S. 17-21.

- Klie, Thomas/Lörcher, Uwe/Behr, Renate, (1994): Gefährdete Freiheit: Fixierungspraxis in Pflegeheimen und Heimaufsicht, Lambertus, Freiburg i.B.
- Klie, Thomas /Lörcher, Uwe, (Hg.) (1995): Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Altenpflege. Einführung, Modelle, Maßnahmen. Forschungs- und Projektbericht Nr. 5 der Kontaktstelle für praxisorientierte Forschung e.V., Freiburg.
- Kliebsch, Ulrike/Fleischle, Bernd/Busch, Susanne/Huchler, Uwe/Pfaff, Anita/Brenner, Hermann, (2000): Utilization of Benefits for Home Nursing Care in the German Statutory Nursing Care in Insurance, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 8. Jg., H. 1, S. 78-91.
- Klostermann, M./Steinkamp, G./Tropberger, F./Werner, B., (1998): Gerontopsychiatrische Versorgung durch ambulante Pflegedienste. Ergebnisse einer empirischen Analyse, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 31. Jg., H. 6, S. 426-437.
- Knäpple, Annerose, (1998): Regionaler Qualitätssicherungsverbund in der ambulanten Pflege, in: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, 29. Jg., Heft 4 und 30. Jg., Nr. 1, S. 356-365.
- Knäpple, Annerose, (1999): Pflegedienste im Wettbewerb. Wie Qualität intern gesichert und nach außen nachgewiesen werden kann, in: Forum Sozialstation 10/1999, S. 42-44.
- Knäpple, Annerose, (2000): Verbesserung der Qualität der Pflege. Modellprojekt der Ersatzkassen, in: die Ersatzkasse 3/2000, S. 102-104.
- Knäpple, Annerose/Danner, Klaus-Peter, (1997): Die Zufriedenheit der Kunden, in: Forum Sozialstation 8/1997, S. 36-39.
- Knäpple, Annerose/Hiniger-Riesterer, Gabriele, (2000): Das Ohr am Kunden, in: neue caritas 18/2000, S. 14-18.
- Knäpple, Annerose/Hiniger-Riesterer, Gabriele, (2001): Baustein für das Qualitätsmanagement, in: Altenheim 3/2001, S. 64-68.
- Knäpple, Annerose/Rümmele, Angelika/Zaberer, Claudia, (1997): Kundenbefragung in der ambulanten Pflege. Ein Modellprojekt (hrsgg. vom Sozialministerium Baden-Württemberg), Stuttgart.
- Kollak, Ingrid/Georg, Margret, (Hg.) (1999): Pflegediagnosen: Was leisten sie - was leisten sie nicht?, Mabuse, Frankfurt am Main.
- Korecic, Jasenka, (1999): Pflegestandards Altenpflege, Springer, Berlin.
- Kortshagen, Susanne, (2001): Wenn das Pflegepersonal tötet, in: Altenpflege 6/2001, S. 39-40.
- Köstler, Ursula, (1997a): Pflegesicherung in Frankreich, PflEG-Forschungsberichte Nr. 10, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main.
- Köstler, Ursula, (1997b): Pflegesicherung in Luxemburg, PflEG-Forschungsberichte Nr. 13, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main.
- Kremer-Preiss, Ursula, (1998): Familiäre Kontakte und Angehörige, in: Häussler-Szepan, Monika, Möglichkeiten und Grenzen einer selbständigen Lebensführung in Einrichtungen: integrierter Gesamtbericht zur gleichnamigen Untersuchung (hrsgg. v. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Schriftenreihe Bd. 147.1), Kohlhammer, Stuttgart u.a, S. 115-128.
- Kruzich, Jean M., (2000): Correlates of nursing home satisfaction, in: Cohen-Mansfield, Jiska/Ejanz, Farida K./Werner, Perla (Hg.), Satisfaction surveys in long-term care, Springer, New York, S. 76-100.
- Kruzich, Jean/Cohen-Mansfield, Jiska, (2000): Assessment of satisfaction: Summary of published scales, in: Cohen-Mansfield, Jiska/Ejanz, Farida K./Werner, Perla (Hg.), Satisfaction surveys in long-term care, Springer, New York, S. 257-325.
- Kuhlmei, Adelheid, (1999): Gesundheit am Arbeitsplatz: Chancen und Risiken des Pflegealltags, in: Zimmer, Andreas/Weyrer, Siegfried (Hg.), Arbeitsbelastung in der Altenpflege, Verlag für Angewandte Psychologie, Göttingen, S. 305-312.
- Kühnert, Sabine, (1996): Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege -- Anmerkungen zur Konzeptentwicklung, in: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit 6/1996, S. 14-20.
- Kühnert, Sabine, (1999): Strategien zur Qualifizierung und Qualitätssicherung in der Altenpflege, in: Zimmer, Andreas/Weyrer, Siegfried (Hg.), Arbeitsbelastung in der Altenpflege, Verlag für angewandte Psychologie, Göttingen, S. 249-261
- Kühnert, Sabine/Gaßmann, Raphael, (1997): Fort- und Weiterbildung als Beitrag zur Qualitätssicherung in der Altenpflege -- Ergebnisse einer empirischen Erhebung zur Ist-Situation und zu Veränderungsnotwendigkeiten, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 30. Jg., H. 2, S. 109-115.

- Kühnert, Sabine/Schnabel, Eckart, (1996): Gegenwärtige Personalsituation und Qualifizierungserfordernisse in der Pflege, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 29. Jg., H. 6, S. 411-417.
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA), (1999): KDA: Pflegedienste und Heime brauchen mehr Fachkräfte. Mißstände durch bessere Planung und Organisation beseitigen, in: Background 2/1999, S. 16-17.
- Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA), (2002): Viele Druckgeschwüre bleiben unbehandelt. Immer noch bestehende große Defizite in der Dekubitusprävention und -vorsorge. Pressemitteilung vom 12.3.2002, Köln.
- Legband, Michael, (1999): Pflegeskandal: Patienten werden vernachlässigt, in: www.welt.de/daten/1999/12/15/1215hh142728.htm.
- Llorente, M.D./Olsen, E.J./Leyva, Oscar/Silverman, Michael A./Lewis, John E./Rivero, Jesus, (1998): Use of Anti-psychotic Drugs in Nursing Homes: Current Compliance with OBRA Regulations, in: Journal of the American Geriatrics Society (JAGS) 46/1998, S. 198-201.
- Loerzer, Sven, (2000): Alte - oft bis auf die Knochen wund gelegen, in: www.pflege-2000.de/presse/sz000803.htm.
- Lohrmann, Christa, (2002): Zu viel Pflege macht abhängig, in: Pflege aktuell, S. 21-24.
- Lucassen, Mary, (2001): Holland in Not?, in: Altenpflege 3/2001, S. 32-35.
- Ludwig, Udo/Mascolo, Georg/Meissner, Dirk/Musall, Betinna/Niejahr, Elisabeth/Schmid, Barbara, (1999): Exitus durch Vernachlässigung, in: www.home.t-online.de/rogahn/spiegel.htm.
- Madigan, Elizabeth A./Anderson, Mary Ann, (1999): Service Delivery Challenges of Nursing Research in Home Health Care. Focus on Research Methods, in: Research in Nursing & Health, 22, S. 349-353.
- Mai-Dorn, Heidrun, (1998): Ein ambulanter Dienst läßt sich zertifizieren - Erfahrungen auf dem Weg zum DGfK-Gütesiegel., in: Blonski, Harald (Hg.), Qualitätsmanagement in der Anltenpflege: Methoden, Erfahrungen, Entscheidungshilfen., Brigitte Kunz Verlag, Hagen, S. 191-198
- Maisch, H., (1996): Phänomenologie der Serientötung von schwerstkranken älteren Patienten durch Angehörige des Pflegepersonals, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 29. Jg., H. 3, S. 201-205.
- Mara, Cynthia M./Ziegenfuss, James T./Bentley, J.Marvin, (1999): Commentary: methodological issues for quality management in long-term care, in: American Journal of Medical Quality, Vol. 14, No. 6, S. 235-241.
- Markus, Katrin, (1998): Nicht ohne den Bewohner. Kundenorientierte Qualitätsentwicklung erfordert eine stärkere Einbeziehung der HeimbewohnerInnen, in: Altenpflege 2/1998, S. 62-64.
- Martin, U./Behler, R., (1999): Duisburger Modell - intensivierte Heimaufsicht des Gesundheitsamtes in Zusammenarbeit mit dem Sozialamt, in: Gesundheitswesen 61, S. 337-339.
- Maslow, Katie, (2000): Measuring satisfaction in long-term care: "How to?" and other more troublesome questions, in: The Gerontologist, Vol. 40, No. 6, S. 752-756.
- Mayer, Peter P./Dickinson, Edward J./Sandler, Martin, (Hg.) (1997): Quality care for elderly people, Chapman & Hall Medical, London, New York.
- MDS e.V., (Hg.) (2000): MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI in der ambulanten Pflege, Eigenverlag, Essen.
- Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK), (1996): MDK-Konzept zur Qualitätssicherung in der Pflege, Selbstverlag.
- Medizinischer Dienst der Krankenkassen (MDK), (1999): Anforderungen des MDK an die Qualitätssicherung in der Pflege nach SGB XI, Arbeitsheft 1, Sieber Dialog, Jengen.
- Medizinischer Dienst der Krankenversicherung im Lande Bremen, (2000): Statistische Auswertung der Ergebnisse der bisher durchgeführten ambulanten Qualitätsprüfungen.
- Meier-Baumgartner, H.P., (1999): Dokumentation/Qualitätssicherung (Editorial), in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 32. Jg., H. 1, S. 1-2.
- Meier-Baumgartner, H.P./Püschel, K., (1996): Alter und Gewalt, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 29. Jg., H. 3, S. 167-168.
- Meierjürgen, Rüdiger, (1997): Case Management und Reha-Beratung, in: Arbeit und Sozialpolitik 7+ 8/1997, S. 17-24.
- Meijer, Astrid/van Campen, Crétien/Kerkstra, Ada, (2000): A comperative study of the financing, provision and quality of care in nursing homes. The approach of four European countries: Belgium, Denmark; Germany and th Netherlands, in: Journal of Advanced Nursing; 32; 3; 2000, S. 554-561.
- Miller, Edward A./Weissert, William G./Chernew, Michael, (1998): Managed care for elderly people. A compendium of findings, in: American Journal of Medical Quality, Vol. 13, No. 3, S. 127-140.

- Mitchell, Pamela H./Shortell, Steven M., (1997): Adverse outcomes and variations in organization of care delivery, in: *Medical Care*, Vol. 35, No. 11, S. 19-32.
- Moldenhauer, Bernd, (1996a): Assessments im Rahmen der Qualitätssicherung der Pflege, in: Junkers, Gabriele/Moldenhauer, Bernd/Reuter, Uwe (Hg.), *Pflegeversicherung: Konsequenzen für die Reorganisation, Finanzierung und Qualitätssicherung*, Schattauer, Stuttgart u.a., S. 172-180
- Moldenhauer, Bernd, (1996b): Qualitätsentwicklung - Qualitätsmanagement - Qualitätssicherung. Von der Qualitätskontrolle der Kassen zur freiwilligen Zertifizierung, in: Junkers, Gabriele/Moldenhauer, Bernd/Reuter, Uwe (Hg.), *Pflegeversicherung: Konsequenzen für die Reorganisation, Finanzierung und Qualitätssicherung*, Schattauer, Stuttgart u.a., S. 158-172
- Moldenhauer, Meinolf, (2001): Zum Stand der Qualitätssicherung in der Altenpflege seit der Einführung der Pflegeversicherung - unter Berücksichtigung aktueller Reformbestrebungen, in: *Sozialer Fortschritt* 6/2001, S. 130-134.
- Mor, Vincent/Inrator, Orna/Fries, Brant E./Phillips, Charles/Teno, Joan/Hiris, Jeffrey/Hawes, Catherine/Morris, John, (1997): Changes in Hospitalization Associated with Introducing the Resident Assessment Instrument, in: *Journal of the American Geriatrics Society (JAGS)* 45/1997, S. 1002-1010.
- Moriarty, Jo, (2000): Politik für eine bessere Pflege. Großbritannien bemüht sich um die Unterstützung für ältere Menschen und für Pflegenden - Der europäische Kontext im Wandel, in: *Blätter der Wohlfahrtspflege* 9+10/2000, S. 212-216.
- Morris, John N./Hawes, Catherine/Murphy, Katharine et al., (1996): Resident Assessment Instrument (RAI). System zur Klientenbeurteilung und Dokumentation, Kuratorium Deutsche Altershilfe, Forum, Band 28, Köln.
- Mostyn, Mollie M./Race, Kathryn E.H./Seibert, Jerry H./Johnson, Monica, (2000): Quality Assessment in Nursing Home Facilities: Measuring Customer Satisfaction, in: *American Journal of Medical Quality*; 15; 2; 2000, S. 54-61.
- Mukamel, Dana B./Brower, Christine A., (1998): The influence of risk adjustment methods on conclusions about quality of care in nursing homes based on outcome measures, in: *The Gerontologist*, 38:6/1998, S. 695-703.
- Mukamel, Dana B./Spector, William D., (2000): Nursing Home Costs and Risk-Adjusted Outcome Measures of Quality, in: *Medical Care*; 38; 1/2000, S. 78-89.
- Müller, Joachim F.W./Treike, Sabine, (1998): Von der Qualitätstheorie zur Qualität der Praxis. Erfahrungen mit dem Qualitätsmanagement in der ambulanten und stationären Altenhilfe, in: Blonski, Harald (Hg.), *Qualitätsmanagement in der Altenpflege: Methoden, Erfahrungen, Entscheidungshilfen.*, Brigitte Kunz Verlag, Hagen, S. 95-120.
- Müller, Klaus/Thielhorn, Ulrike, (2000): Zufriedene Kunden? Die Qualität ambulanter Pflege aus der Sicht der Patienten, Kohlhammer, Stuttgart.
- Müller, Matthias, (1999): Rotkäpchen und Herr Wolf vom MDK. Ein satirisch-poetischer Streifzug durch die Märchenliteratur, in: *Background* 3/1999, S. 26-27.
- Mullner, R.M./Jewell, M.A./Mease, M.A., (1999): Monitoring changes in home health care: a comparison of two national surveys, in: *Journal of Medical Systems*, Vol. 23, No. 1, S. 21-26.
- Murphy, Katherine M./Morris, John N./Fries, Brant E./Zimmerman, David R., (1998): Minimum Data Set: gegenwärtige und künftige Entwicklung in den USA, in: Steinhagen-Thiessen, Elisabeth (Hg.), *Das geriatrische Assessment. Materialien und Berichte der Robert-Bosch-Stiftung*, 48, Schattauer, Stuttgart, S. 285-301
- Muthny, Fritz A./Bermejo, Isaac, (1999): Fortbildungs- und Supervisionsbedarf in der Altenpflege, in: Zimmer, Andreas/Weyrer, Siegfried (Hg.), *Arbeitsbelastung in der Altenpflege*, Verlag für Angewandte Psychologie, Göttingen, S. 262-269.
- Nakielski, Hans, (2001): KDA und AGP zum neuen Heim- und Pflegequalitätssicherungsgesetz: Ohne mehr qualifiziertes Personal gibt es keine bessere Pflege, in: *Pro Alter* 2/2001, S. 55-57.
- Neubauer, Günther/Schallermair, Christian, (1998a): Unterschiede im Leistungsgeschehen stationärer Altenpflegeeinrichtungen: Empirischer Befund und Erklärungsansätze, in: *Sozialer Fortschritt* 7/98, S. 181-189.
- Neubauer, Günther/Schallermair, Christian, (1998b): Das Leistungsgeschehen in der stationären Altenpflege. Eine Grundlage für die Findung leistungsgerechter Vergütungen?, in: *DOK* 11-12/1998, S. 363-367.
- Neumann, Eva-Maria, (1999): Arbeitsbelastungen in der Altenpflege und ihre Folgen: Entwicklungs- und Forschungsbedarf, in: Zimmer, Andreas/Weyrer, Siegfried (Hg.), *Arbeitsbelastung in der Altenpflege*, Verlag für Angewandte Psychologie, Göttingen, S. 287-304.

- Niederfranke, Annette/Greve, Werner, (1996): Bedrohung durch Gewalt im Alter: Argumente für eine sozialwissenschaftliche Perspektive, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 29. Jg., H. 3, S. 169-175.
- Niehörster, Gabriele/Garms-Homolová, Vjenka/Vahrenhorst, Veronika, (1998): Identifizierung von Potentialen für eine selbständige Lebensführung (Abschlußbericht im Rahmen des Forschungsprojektes "Möglichkeiten und Grenzen einer selbständigen Lebensführung in Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe" (hrsgg. v. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Schriftenreihe Bd. 147.4), Kohlhammer, Stuttgart u.a.
- Niehörster, Gabriele/Vahrenhorst, Veronika, (1994): Kommentierte Bibliographie zur Pflegequalität, Institut für Gesundheitsanalysen und soziale Konzepte, Berlin.
- Noelker, Linda S./ Harel, Zev, (2001): Linking quality of long-term care and quality of life, Springer, New York.
- o.A., (1998): AOK wirft ambulanten Pflegediensten Betrug vor "Schwarze Schafe" sollen abkassiert haben / VdK begrüßt Urteil des Bundessozialgerichts., in: Berliner Zeitung 21.02.1998.
- o.A., (1999): Pflegedienste unter Druck. Arbeitsgruppe der AOK entdeckt Mängel - Überforderung, in: Darmstädter Echo 17.03.1999.
- o.A., (1999): Protokoll einer MDK-Prüfung. Schlechte Noten für die Pflegedokumentation, in: Forum Sozialstation 2/1999, S. 15.
- o.A., (2000): Mangelernährung fördert das Wundliegen, in: Frankfurter Rundschau vom 22.04.2000.
- o.A., (2000): Aktuelle Rechtsprechung: Dekubitus als Pflegefehler, in: Altenheim 12/2000, S. 12.
- o.A., (2000): BDA von allen guten Geistern verlassen? Miserabler Pflegedienst bekommt Gütesiegel besichert, in: Background 2/2000, S. 10.
- o.A., (2001): Schlechte Noten für Berlins Altenpflege. Studie des MDK: Mitarbeiter oft unqualifiziert, in: Altenpflege 4/2001.
- Obst, Wolf-Dieter, (2000): Ermittlungen um Pflegefall, in: www.stuttgarter-nachrichten.de/dc1/html/news-stn/20000822loka0011.shtml.
- OECD (Organisation for Economic Cooperation and Development), (Hg.) (1999): A caring world. The new social policy agenda, OECD, Paris.
- Ooi, W.L./Morris, J.N./Brandeis, G.H./Hossain, M./Lipsitz, L.A., (1999): Nursing home characteristics and the development of pressure sores and disruptive behaviour, in: Age an Ageing 1;28 1999, S. 45-52.
- Pacolet, Josef/Bouten, Ria/Lanoye, Hilde/Versieck, Katia, (1998): Sozialschutz bei Pflegebedürftigkeit im Alter in den 15 EU-Mitgliedstaaten und in Norwegen, Europäische Kommission, Reihe: Beschäftigung und soziale Angelegenheiten, Luxemburg.
- Palmer, R./ Chapman, R.H., (1997): Quality of care for medicare beneficiaries: implications of changing health care financing mechanisms, Public Policy Institute, Washington.
- Papkalla, Ute K., (1998): Die Qualität der Pflegeheime im Vergleich. Standardisierte Befragung im Kreis Heidenheim, in: Pflegezeitschrift 51,12/1998, S. 944.
- Paschen, U., (1996): Qualitätsmanagement: Neue Wege in der Pflege, in: Buck, Renée A./Vitt, Karl D.(Hg.), Pflege vor neuen Aufgaben: Praxishandbuch zum Arbeitsplatz Krankenhaus, Georg Thieme, Stuttgart, S. 122-140
- Paul, Walter, (1996): Ein Puzzle aus Mängeln und Konzepten. Die Pflegevisite als Element der Qualitätssicherung, in: Altenpflege 3/1996, S. 197-201.
- Phillips, C.D./Hawes, C./Mor, V./Fries, B.E./Morris, J.N., (1997a): Geriatric assessment in nursing homes in the united states: Impact of a national program, in: Generations 21/4, S. 15-20.
- Phillips, C.D./Morris, J.N./Hawes, C./Fries, E.F./Mor, V./Nennstiel, M./Iannacchione, V., (1997b): Association of the Resident Assessment Istrument (RAI) with changes in function, cognition, psychosocial status, in: Journal of American Geriatrics Society (JAGS) Vol. 45, No. 8/1997, S. 986-993.
- Phillips, C.D./Zimmerman, D./Bernabei, R./Jonsson, P.V., (1997c): Using the Resident Assessment Instrument for quality enhancement in nursing homes, in: Age an Ageing 1997, S. 77-81.
- Pick, Peter, (1996): Erfahrungen aus der Begutachtungspraxis des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen in der stationären Pflege, in: NDV 9/1996, S. 296-298.
- Pick, Peter/Brüggemann, Jürgen, (2000): Qualitätssicherung und Qualitätsprüfung aus der Sicht des MDK. Unveröffentl. Manuskript.

- Pillemer, K.A./Moore, D.W., (1989): Abuse of patients in nursing homes. Findings from a survey of staff, in: *Gerontologist*, 29, S. 314-320.
- Pillinger, Jane, (2001): *Quality in social public services (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions)*, Dublin.
- Pilzecker, Ute, (1999): Keine Angst mehr, wenn der Prüfer kommt. Der "Fahrplan" des MDK Schleswig-Holstein, in: *Häusliche Pflege* 12/1999, S. 42-45.
- Plück, Stefan/Giersberg, Alfred, (1998): Pflegepersonen zu Hause schulen. Qualität systematisch beeinflussen, in: *Forum Sozialstation* 4/1998, S. 40.
- Porell, Frank/Caro, Francis G., (1998): Facility-Level Outcome Performance Measures for Nursing Homes, in: *The Gerontologist* Vol. 38, No.6, 1998, S. 665-683.
- Profener, Franz, (2000): Hamburger Qualitätsvergleich in der Dekubitusprophylaxe, in: *NDV* 11/2000, S. 394-396.
- Psychologische Beratungsstelle für pflegende Angehörige und ältere Menschen der AWO Bremen, (1997): *Gewalterfahrungen in der Pflege. Dokumentation der Fachtagung vom 15. April 1997 in Bremen.*
- Püschel, K./Heinemann, A./Seibel, O./Lockemann, U./Matschke, J./Seifert, D./Tsokos, M., (1999a): *Epidemiologie des Decubitus im Umfeld der Sterbephase: Analyse im Rahmen der Leichenschau. Jahreserhebung 1998*, Selbstverlag, Hamburg.
- Püschel, K./Meier-Baumgartner P./Heinemann, A./Leutenegger, M./Cordes, O./Matschke, J./Hartung, C., (1999b): *Dekubitus - Risikokonstellationen, Ursachen, Eingriffsmöglichkeiten. Retrospektive Falsstudie in einem Kollektiv von 140 Sterbefällen des Jahres 1998 mit Dekubitus Grad III oder IV zum Todeszeitpunkt*, Selbstverlag, Hamburg.
- Rantz, Marilyn J., (1995): Quality measurement in nursing: where are we now?, in: *Journal of Nursing Care Quality*, Vol. 9, No. 2, S. 1-7.
- Rantz, Marilyn J., (1998): *Outcome based quality improvement for long-term care: using MDS, process and outcome measures*, Aspen Publishers, Gaithersburg.
- Rantz, Marilyn J./Petroski, Gregory F./Madsen, Richard W./Scott, Jill/Mehr, David R./Popejoy, Lori/ Hicks, Lanis L./ Porter, Rose/ Zwygart-Stauffacher, Mary/Grande, Victoria, (1997a): *Setting Thresholds for MDS Quality Indicators for Nursing Home Quality Improvement Reports*, in: *Joint Commission Journal on Quality Improvement*; 23:11/1997, S. 602-611.
- Rantz, Marilyn J./Popejoy, Lori/Mehr, David R./Zwygart-Stauffacher, Mary/Hicks, Lanis L./ Grande, Victoria/ Conn, Vicky S./Porter, Rose/Scott, Jill/Maas, Meridean, (1997b): *Verifying Nursing Home Care Quality Using Minimum Data Set Quality Indicators and Other Quality Measures*, in: *Journal of Nursing Care Quality*; 12:2/1997, S. 54-62.
- Raynes, Norma V., (1998): Involving residents in quality specification, in: *Ageing an Society* 18/1998, S. 65-78.
- Reck-Hog, Ursula/ Klink, Günter, (1998): *Kundenorientierte Pflege: Prüfung von ambulanten Pflegediensten durch die TÜV Rheinland Gruppe, TOSU GmbH*, in: Blonski, Harald (Hg.), *Qualitätsmanagement in der Altenpflege: Methoden, Erfahrungen, Entscheidungshilfen.*, Brigitte Kunz Verlag, Hagen, S. 171-180.
- Redmann, Jutta, (2000): *Gewalt gegen Alte durch überforderte Pflegekräfte und Angehörige. Krisenberatungsstellen klagen über fehlende Unterstützung*, in: *Frankfurter Rundschau*, Nr. 213/2000.
- Reinschmidt, Heidi, (2000): *Enttäuschte Hoffnungen. Dem Pflege-Qualitätssicherungsgesetz fehlt es an Qualität*, in: *Blätter der Wohlfahrtspflege* 9+10/2000, S. 204-206.
- Reschl-Rühling, Gerda, (1999): *Erwartungen an die Ausbildung und den Beruf des Altenpflegers*, in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 32. Jg., H. 1, S. 24-28.
- Richter, Eva, (2000): *Prüfen ohne Beratung reicht nicht. MDS-Schelte für Qualitätsgesetz*, in: *Forum Sozialstation* 6/2000, S. 10.
- Richter, Ronald, (2001): *Das PQsG und seine Folgen. Der Entwurf des Pflegequalitätssicherungsgesetzes wirft verfassungsrechtliche Fragen auf.*, in: *Altenheim* 1 / 2001, S. 12-16.
- Riekse, R.J./Holstege, H., (1996): *Growing older in America*, McGraw-Hill, New York.
- Risse, Thomas, (1996): *Industrienormen nun auch für die Pflege?*, in: *Pflege Aktuell* 6/1996, S. 408-411.
- Robitzsch, Monika, (1999): *Qualitätszirkel - eine runde Sache. Soziale Organisationen: Probleme praxistauglich und effizient lösen lernen*, in: *Forum Sozialstation* 6/1999, S. 16-21.

- Rosen, Amy K./Berlowitz, Dan R./Anderson, Jennifer J./Ash, Arlene S./Kazis, Lewis, E./Moskowitz, M., (1999): Functional status outcomes for assessment of quality in long-term care, in: *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 11, No.1, S. 37-46.
- Roth, Günter, (1999): Auflösung oder Konsolidierung korporatistischer Strukturen durch die Pflegeversicherung, in: *Zeitschrift für Sozialreform*, 45. Jg., H. 5, S. 418-446.
- Roth, Günter, (2000a): Fünf Jahre Pflegeversicherung in Deutschland: Funktionsweise und Wirkungen, in: *Sozialer Fortschritt* 8/2000, S. 184-192.
- Roth, Günter, (2000b): Fünf Jahre Pflegeversicherung: Die Entwicklung der Pflegeinfrastruktur - Eine kommunal- und regionalpolitische Analyse, in: *Zeitschrift für Sozialreform*, 46. Jg., H. 11, S. 964-987.
- Roth, Günter, (2001): Qualitätsmängel und Regelungsdefizite der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege -- Nationale und internationale Befunde (Forschungsbericht, gefördert durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend), Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V., Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund, Dortmund.
- Roth, Günter/Rothgang, Heinz, (1999): Die Auswirkungen des Pflege-Versicherungsgesetzes auf die Entwicklung der Heimentgelte, in: *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 7. Jg., H. 4, S. 307-336.
- Roth, Günter/Rothgang, Heinz, (2001): Sozialhilfe und Pflegebedürftigkeit: Analyse der Zielerreichung und Zielverfehlung der Gesetzlichen Pflegeversicherung nach fünf Jahren, in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 34.Jg, S. 292-305.
- Rothgang, Heinz, (1997): Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung: Eine ökonomische Analyse, Campus, Frankfurt am Main.
- Rothgang, Heinz, (2000a): Wettbewerb in der Pflegeversicherung, in: *Zeitschrift für Sozialreform* 5/2000, S. 423-448.
- Rothgang, Heinz, (2000b): Die Pflegeversicherung: Kernstück der Altenpflegepolitik der letzten drei Dekaden, in: Schulz-Nieswandt, Frank/Schewe, Gisela (Hg.), *Sozialpolitische Trends in Deutschland in den letzten drei Dekaden. Eve-Elisabeth Schewe zum 70. Geburtstag*, Duncker & Humblot, Berlin, S. 59-86.
- Rothgänger, Annegret, (1998): Elemente der Strukturqualität. Die personelle und sachliche Ausstattung von ambulanten Einrichtungen nach § 80 SGB XI, in: *Pflegen ambulant* 519/98, S. 29-32.
- Rückert, Willi, (1997): Qualität und Wirtschaftlichkeit bei der Pflegesatzermittlung: Modell "Holland" könnte hierzulande Vorbild sein, in: *Pro Alter* 1/1997, S. 37-38.
- Ryden, M.B./Snyder, M./Gross, C.R./Savik, K./Pearson, V./Krichbaum, K./Mueller, C., (2000): Value-added outcomes: The use of advanced practice nurses in long-time Care facilities, in: *The Gerontologist* Vol. 40, No. 6/2000, S. 654-662.
- Sachweh, Svenja, (1999): Schätzle hinsetze! - Kommunikation in der Altenpflege. Europäische Hochschulschriften Reihe XXI Linguistik Band 217, Peter Lang, Frankfurt a.M.
- Sadowski, Bettina/Grüb, Anette/Trauzettel-Klosinski, Susanne, (2000): Lesefähigkeit und Hilfsmittelbedarf, Unterversorgung in einer Altenheimpopulation, in: *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*, 217; 5/2000, S. 278-283.
- Saito, E./Shirato, M./Kanagawa, K./Sagawa, Y./Nakamura, M., (1999): Incidence proportion estimation, prevalence and effective visiting nurse care of pressure ulcers, in: *Japanese Journal of Public Health*, Vol. 46, No. 12, S. 1084-1093.
- Sale, Diana, (1996): *Quality assurance: for nurses and other members of the health care team*, Macmillan, Basingstoke.
- Sayle, C., (1996): Kunden zur Kritik ermuntern. Erster vom TÜV auf Kundenorientierung geprüfter Pflegedienst, in: *VDAB-Journal Durchblick* 3/1996, S. 3-4.
- Schaeffer, Doris, (1997): Patientenorientierte ambulante Pflege Schwerkranker. Erfordernisse der Konzept- und Wissenschaftsentwicklung, in: *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 5. Jg., H. 1, S. 83-95.
- Schaeffer, Doris, (1999): Care Management - Pflegewissenschaftliche Überlegungen zu einem aktuellen Thema, in: *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 7. Jg., H. 3, S. 233-251.
- Schaper von, Angelika, (1999a): Pflegeprozess als Meilenstein. Diakoniestationen: Niveauvolle Pflege managen., in: *Forum Sozialstation* 12/1999, S. 42-43.
- Schild-Woestmeyer, Karin/Dietz, Berthold, (1998): Schulungen auf Erfolgskurs. In Münster wird das Angebot an Pflegekursen koordiniert, in: *Forum Sozialstation* 12/1998, S. 40-43.

- Schmidt, Ingrid/Claesson, Cecilia/Westerholm/Barbro/Nilsson, Lars G./Svarstad, Bonni, (1998): The Impact of Regular Multidisciplinary Team Interventions on Psychotropic Prescribing in Swedish Nursing Homes, in: Journal of the American Geriatrics Society (JAGS) 46/1998, S. 77-82.
- Schmidt, Roland, (1998): Qualität in der Pflege: Zwischen Vertragsrecht und Preiswettbewerb -- Besonderheiten der Qualitätssicherung im SGB XI, in: Blätter der Wohlfahrtspflege 5+6/1998, S. 124-128.
- Schmidt, Roland, (Hg.) (1999): Die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen in der Kommune. Daseinsvorsorge, Leistungserbringung und bürgerschaftliche Verantwortung in der Modernisierung der Pflege. Beiträge zur Sozialen Gerontologie und Altenarbeit, Bd.1, Mabuse, Frankfurt am Main.
- Schmidt, Roland, (1999): Zur Differenzierung der vollstationären Pflegelandschaft im Wettbewerb: Angebotsstrukturen von Pflege und Wohnen und Regulierungsstrategien im Wandel. Extrakt des zweiten Workshops zur "Pflegelandschaft der Zukunft".
- Schmidt, Roland/Klie, Thomas, (1999): Folgen der Ökonomisierung des Sozialen - der Paradigmenwechsel am Beispiel Pflege und Altenhilfe, in: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit (TuP) 1/99, S. 15-16.
- Schmidt, Waldemar/Kauss, Thomas/Kühnert, Sabine/Naegele, Gerhard/Schnabel, Eckart, (1997): Berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit in der häuslichen Versorgung pflegebedürftiger älterer Menschen. Ergebnisse eines Modellprojekts, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 30. Jg., H. 6, 1997, S. 430-438.
- Schmidt-Birk, Annette, (1998): Umfassendes Qualitätsmanagement im ambulanten Pflegedienst. Zertifizierung von Qualitätsmanagement-Systemen auf Grundlage der international anerkannten Normenreihe DIN EN ISO 9000ff, in: Blonski, Harald (Hg.), Qualitätsmanagement in der Altenpflege: Methoden, Erfahrungen, Entscheidungshilfen., Brigitte Kunz Verlag, Hagen, S. 181-190.
- Schnabel, Eckart/Schönberg, Frauke, (1998): Standards und Instrumente der Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Altenhilfe. Abschlußbericht einer Untersuchung im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW, Dortmund.
- Schneekloth, Ulrich, (1996): Pflegerische Versorgung im Bereich der stationären Altenhilfe, Infratest Burke Sozialforschung, München.
- Schneekloth, Ulrich, (1997): Pflegerische Versorgung im Bereich der stationären Altenhilfe, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 30. Jg., H. 1, S. 163-172.
- Schneekloth, Ulrich/Müller, Udo, (2000): Wirkungen der Pflegeversicherung. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, durchgeführt von I+G Gesundheitsforschung, München und Infratest Burke Sozialforschung, München, Nomos, Baden-Baden.
- Schneider, H.D./Sigg, E., (1990): Gibt es das: Gewalttätigkeit in Alters- und Pflegeheimen? Ergebnisse einer Untersuchung in der deutschsprachigen Schweiz (Forschungsgruppe Gerontologie am Psychologischen Institut der Universität Freiburg/Schweiz), Universität Freiburg, Freiburg/Schweiz.
- Schnelle, John F./Ouslander, Joseph G./Cruise, Patrice A., (1997): Policy without technology: a barrier to improving nursing home care, in: The Gerontologist, Vol. 37, No. 4, S. 527-532.
- Schnelle, John F./Ouslander, Joseph G./Buchanan, Joan/Zellman, Gail/Farley, Donna/Hirsch, Susan H./Reuben, David B., (1999): Objective and subjective measures of the Quality of managed care in nursing homes, in: Medical Care; 37; 4/1999, S. 375-383.
- Schölkopf, Martin, (1999a): Altenpflegepolitik in der Bundesrepublik Deutschland: Zwischen Bedarfsdeckung und Marginalisierung. Eine Analyse der Expansion der Pflegedienste im Bundesländervergleich. Diss. Universität Konstanz, erscheint bei Leske + Budrich, Opladen.
- Schölkopf, Martin, (1999b): Altenpflegepolitik - an der Peripherie des Sozialstaats? Die Expansion der Pflegedienste zwischen Wohlfahrtsverbänden, Ministerialbürokratie und Parteien, in: Politische Vierteljahresschrift, 40. Jg., H. 2, S. 246-278.
- Schölkopf, Martin, (1999c): Altenpflegepolitik in Europa: Ein Vergleich sozialpolitischer Strategien zur Unterstützung pflegebedürftiger Senioren, in: Sozialer Fortschritt 11/1999, S. 282-291.
- Schomburg, Ingo, (1996): Kontinuierliche Verbesserung durch Qualitätsbeauftragte, in: Pflege Aktuell 6/1996, S. 412-415.
- Schönberg, Frauke, (2000): Entwicklung verbraucherorientierter Qualitätskriterien für die Pflege. Projekt im Auftrag der Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen, Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund, Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V., Dortmund.

- Schönberger, Christine, (1998): Alte Menschen: Spannungsgefüge zwischen Versorgung und Selbständigkeit, in: Häussler-Szepan, Monika, Möglichkeiten und Grenzen einer selbständigen Lebensführung in Einrichtungen: integrierter Gesamtbericht zur gleichnamigen Untersuchung (hrsgg. v. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Schriftenreihe Bd. 147.1), Kohlhammer, Stuttgart u.a, S. 63-77.
- Schröder, Birgit, (2000): Die Bedeutung von Pflegestandards in der häuslichen Pflege, in: www.thema-altenpflege.de/pinwand/pflstandard.htm.
- Schroeder, Jan W., (1998): Ergebnisorientierte Beschreibung von Leistungen der stationären Altenhilfe. Anregungen für ein "kunden"-orientiertes Entgeltsystem - ein Pilotprojekt mit Einrichtungen des DPWW Landesverbandes Baden-Württemberg, in: Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen, S. 61-70.
- Schulte, Bernd, (1996): Altenhilfe in Europa. Rechtliche, institutionelle und infrastrukturelle Bedingungen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.), Altenhilfe in Europa. Schriftenreihe des BMFSFJ Band 132.1), Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln.
- Schütte, Wolfgang, (1996): Konsumentenschutz und Qualitätssicherung durch Pflegeverträge, in: NDV 8/1996, S. 257-262.
- Schützendorf, Erich, (2001): Die Guten und die Bösen, in: Altenpflege 6/2001, S. 36-38.
- Schwarz, A., (2000): Erfahrungen mit Projektarbeit, in: Wierz, V.; Schwarz, A.; Gervink, S. (Hg.), Qualität in der Pflege., Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, S. 41-56.
- Schweikart, Rudolf, (1999): Care Management, in: Göpfert-Divivier, Werner/Robitzsch, Monika/Schweikart, Rudolf, "Qualitätsmanagement" und "Care Management" in der ambulanten Pflege (hrsgg. vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend), Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln, S. 76-120
- Seitz, Martin/Tews, Bernd, (1999): Der Pflege-TÜV. bpa und TÜV Süddeutschland konzipieren Qualitätssicherungssystem, in: Häusliche Pflege 9/1999, S. 45-47.
- Sgadari, Antonio/Topinkova, Eva/Bjornson, Jan/Bernabei, Roberto, (1997): Urinary incontinence in nursing home residents: a cross-national comparison, in: Age and Ageing, 26; 2/1997, S. 49-54.
- Shaughnessy, Peter W./Crisler, Kathryn S./Schlenker, Robert E./Arnold, Angela G., (1994): Measuring and assuring the quality of home health care, in: Health Care Financing Review, Vol. 16, S. 35-67.
- Shaughnessy, Peter W./Crisler, Kathryn S./Schlenker, Robert E./Arnold, Angela G., (1997a): Outcomes across the care continuum. Home health care, in: Medical Care, Vol. 35, No. 11, S. 115-123.
- Shaughnessy, Peter W./Crisler, Kathryn S./Schlenker, Robert E./Arnold, Angela G., (1997b): Addendum: Outcomes across the care continuum. Home health care, in: Medical Care, Vol. 35, No. 12, S. 1225-1226.
- Shaughnessy, Peter W./Hittle, D.R./Powell, M.C./Schlenker, Robert E./Beaudry, J., (1997c): Assessing the utility of risk-adjusted outcome measures for home health care, in: Center for Health Services and Policy Research (Hg.), Abstract Book; Vol. 14, Denver, S. 204-205.
- Shaughnessy, Peter W./Crisler, Kathryn S./Schlenker, Robert E., (1998): Outcome-based quality improvement in home health care: The OASIS Indicators, in: Quality Management in Health Care 7/1998, S. 58-67.
- Shepherd, Geoff/Muijen, Matt/ Dean, Rachel/Cooney, Margaret, (1996): Residential Care in Hospital and in the Community - Quality of Care and Quality of Life, in: British Journal of Psychiatry, Vol. 168, No. 4, S. 448-456.
- Shyu, Yea-Ing Lotus./Liao Mei-Nan/Shao, Jung-Hua/Chia-Ling Yang, (1999): A Survey of Home Nursing Services in Taiwan, in: Public Health Nursing, Vol. 16, No. 6, S. 432-440.
- Siebolds, Marcus/Weidner, Frank, (1998): Interprofessionalität und Qualität. Probleme und Perspektiven der Kooperation zwischen Medizin und Pflege, in: Mabuse 115, S. 44-49.
- Sixma, Herman J./Campen van, Crétien/Kerssens, Jan J./Peters, Loe, (2000): Quality of care from the perspective of elderly people: the QUOTE- Elderly instrument, in: Age and Ageing, 29/2000, S. 173-178.
- Slagsvold, Britt, (1997): Quality measurement and some unintended consequences. Can quasi-quality be a consequence of quality standards?, in: Evers, Adalbert/Haverinen, Riitta/Leichsenring, Kai/Wistow, Gerald/Aldershot(Hg.), Developing quality in personal social services, Brookfield, Singapore, Sydney, Ashgate, S. 291-312.
- Sloss, Elizabeth M./Solomon, David H./Shekelle, Pauls G./Young, Roy T. u.a., (2000): Selecting target conditions for quality of care improvement in vulnerable older adults, in: Journal of the American Geriatrics Society, Vol. 48, No. 4, S. 363-369.

- Smith, Maureen A./Atherly, Adam J./Kane, Robert L./Pacala, James T., (1997): Peer Review of the Quality of Care: Reliability and Sources of Variability for Outcome and Process Assessments, in: The Journal of the American Medical Association, Vol. 278, No. 19, S. 1573-1578.
- Soberman, Liane R./Murray, Michael/Norton, Peter G./Maris, Barbara van, (2000): The Domains of Satisfaction in Long-Term Care, in: Cohen-Mansfield, Jiska/Ejaz, Farida K./Werner, Perla (Hg.), Satisfaction Surveys in Long-Term Care, Springer, New York, S. 29-51
- Soppart, Claudia, (1999): Qualitätssicherung in der Pflege - Qualitätsprüfungen von ambulanten Pflegeeinrichtungen aus der Sicht des MDK Nordrhein, in: Friedrich-Ebert-Stiftung (Hg.), Qualitätssicherung in der Pflege, Forschungsinstitut der Fr.-Ebert-Stiftung, Bonn, S. 127-134.
- Sowinski, Christine, (1998a): KDA-Gutachten zu Haftungsfragen löst Wirbel aus - Verhaftet zu einwandfreier Pflege, in: Forum Sozialstation 6/1998, S. 24-27.
- Sowinski, Christine, (1998b): Minimum Data Set: Voraussetzung für die Implementierung in der Bundesrepublik Deutschland. Schwierigkeiten mit Pflegedokumentation, Pflegeplanung und -prozeß aus Sicht der Aus-, Fort und Weiterbildung -- Chancen für das Minimum Data Set, Schattauer Verlag, Stuttgart.
- Spector, William D./Mukamel, Dana B., (1998): Using outcomes to make inferences about nursing home quality, in: Evaluation and the Health Professions; 21; 3/ 1998, S. 291-315.
- Spector, William D./Selden, Thomas M./Cohen, Joel W., (1998): The impact of ownership type on nursing home outcomes, in: Health Economics 7/1998, S. 639-653.
- Stadt München, (2001): Beschwerdestelle für Probleme in der Altenpflege. Bericht über die Tätigkeit vom 15. April 1999 bis 14. April 2001. Beschluss des Verwaltungs- und Personalausschusses, des Sozialausschusses und des Sozialhilfeausschusses in der gemeinsamen Sitzung vom 10.07.2001.
- Stadtseniorenrat der Stadt Nürnberg, (2000): Beschwerde- und Schlichtungsstelle Pflege. 1. Tätigkeitsbericht, Nürnberg.
- Staub-Bernasconi, Silvia, (1999): Ein fachlich begründetes Qualitätssicherungsinstrument, in: Blätter der Wohlfahrts-pflege 1+2/1999, S. 28-31.
- Steinhagen-Thiessen, Elisabeth, (Hg.) (1998): Das Geriatrische Assessment. Materialien und Berichte der Robert-Bosch-Stiftung, 48, Schattauer Verlag, Stuttgart.
- Strümpel, Charlotte/Zank, Susanne, (1994): Zur Fortbildungsbereitschaft von Pflegekräften in der Altenpflege: Ergebnisse einer empirischen Studie, in: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 7. Jg., H. 4, S. 239-252.
- Stubig, Hans-Jürgen/Reuter, Ute, (1999): Senioren in der Sozialhilfe. Zum gleichzeitigen Bezug von Rente und Sozialhilfe, in: Sozialer Fortschritt 1-2/99, S. 12-17.
- Stuck, A., (1998): Präventive Hausbesuche mit geriatrischem Assessment. Internationaler Forschungsstand und praktische Zukunftsperspektiven, in: Steinhagen-Thiessen, Elisabeth (Hg.), Das geriatrische Assessment. Materialien und Berichte der Robert-Bosch-Stiftung, 48, Schattauer, Stuttgart, S. 155-168.
- Stuhlmann, W./Kretschmar, Ch., (1995): Gewalt in dyadischen Pflegebeziehungen, in: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 8. Jg., H. 1+2, S. 17-21.
- Tai, Elsie, (2000): OSHA compliance management: a guide for long-term health care facilities, Lewis Publishers, Boca Raton.
- Tamiya, N./Shichita, K./Takasaki, K./Kadoishi, H./Takahashi, M./Yamahara, M., (2000): Outcome based quality-improvement methods in visiting nursing services (VNS) in Japan: practical report and feasibility, in: Japanese Journal of Public Health, Vol. 47, No. 4, S. 350-363.
- Taylor, Carolin D./Hendra Timothy J., (2000): The prevalence of diabetes mellitus and quality of diabetic care in residential an nursing homes. A postal survey, in: Age and Ageing 29/2000, S. 447-450.
- Tepe, G., (1997): Qualitätssicherung in der stationären Altenhilfe: eine an HeimbewohnerInnen orientierte empirische Studie zum Qualitätssicherungselement "Einrichtungsziele", Lang, Frankfurt a.M u.a.
- Tews, H.P./Klie, Th./Schütz, R., (Hg.) (1996): Altern und Politik, Bibliomed, Melsungen.
- The Royal Commission on Long-Term Care, (1998): Evidence from the Royal College of Nursing to the Royal Commission on long-term care, in: Elderly Care Vol. 10, No. 3, S. 6-11.
- The Royal Commission on Long-Term Care, (Hg.) (1999): With respect to old age: Long term care - rights and responsibilities, in: www.official-documents.co.uk.

- Thelen, F., (2001): Pflegevisite. Ein Instrument zur Sicherung der Qualität in der Pflege, in: *Backround* 1/2001, S. 13-14.
- Tinnefeldt, Gerhard, (1998): Das Ohr am Kunden. Befragungen zur Lebensqualität im Altenheim (LiA): Erfahrungen aus der Beratungspraxis, in: *Altenheim* 8/98, S. 10-14.
- Tophoven, Christina, (1995): Case-Management - Ein Weg zu mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitssystem, in: *Sozialer Fortschritt* 7/1995, S. 162-166.
- Tune, Philip/Bowie, Peter, (2000): The quality of residential and nursing-home care for people with dementia, in: *Age and Ageing* 2000/ 29, S. 325-328.
- Uman, Gwen C./Hocevar, Dennis/Urman, Harold N./Young, Roy/Hirsch, Maureen/Kohler, Susan, (2000): Satisfaction Surveys with the Cognitively Impaired, in: Cohen-Mansfield, Jiska/Ejaz, Farida K./Werner, Perla (Hg.), *Satisfaction Surveys in Long-Term Care*, Springer, New York, S. 166-186
- Verbraucher-Zentrale des Landes Bremen e.V., (Hg.) (2000): Entwurf einer Charta der Pflegerechte, Bremen.
- Verbraucherzentrale Hamburg e.V., (1997): Abschlußbericht zum Projekt Verbraucherschutz in der ambulanten Pflege, Hamburg.
- Vespermann, Silvia/Thielsch, Stefan/Karg, Holger, (2001): Ein erfolgreicher Qualitäts-Sprung. Ergebnisse einer Befragung zertifizierter Alten- und Pflegeheime nach DIN EN ISO 9000ff, in: *Altenheim*, 11/2001, S. 14-19.
- Vollhardt, Bodo, (1999): Was wissen wir über Gewalt in Pflegebeziehungen?, in: Hirsch et al, *Untersuchungen zur Gewalt gegen alte Menschen (Bonner HsM-Studie Versorgung von Pflegeabhängigen)*, Bonn, S. 169-178.
- Vollmer, Rudolf J., (1994): Externe Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Pflege (SGB XI), in: Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hg.): *Qualitätsgeleitetes Planen und Arbeiten in der Altenhilfe*, KDA, Köln, S. 33-48.
- Wachter-Kreder, Ursula, (1997): Qualitätsorientierte Pflege. Pflegestandards in der ambulanten Pflege, in: *Krankenpflege Journal* 1+2/1997, S. 5-9.
- Walker, Alan/Maltby, Tony, (1997): *Ageing Europe*, Open University Press, Buckingham, Philadelphia.
- Ward-Griffin, C./McKeever, P., (2000): Relationship between nurses and family caregivers: partners in care?, in: *Advances in Nursing Science*, Vol. 22, No. 3, S. 89-103.
- Warshaw, Gregg/Mehdizadeh, Shahla/Applebaum, Robert A., (2001): Infections in nursing homes. Assesing quality of care, in: *Journals of Gerontology. Medical Science* 56A,2, M, S. 120-123.
- Weber, Johannes, (1998): Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege durch aufsuchende Beratungsdienste im Stadtteil, in: *Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit*, 29. Jg., Heft 4, und 30. Jg., Nr.198/1999, S. 365-384.
- Weh, Bernhard/Sieber, Hannes, (1995): *Pflegequalität*, Urban & Schwarzenberg, München.
- Wetzels, P./Greve, W., (1996): Alte Menschen als Opfer innerfamiliärer Gewalt -- Ergebnisse einer kriminologischen Dunkelfeldstudie, in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 29. Jg., H. 3, S. 191-200.
- Wierz, V./Schwarz, A., (2000): Qualitätssicherung in der Pflege, in: Wierz, V.; Schwarz, A.; Gervink, S. (Hg.), *Qualität in der Pflege.*, Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, S. 15-40.
- Wierz, Volker, (2000): *Qualität in der Pflege: Beispiele aus der Praxis*, Kohlhammer, Stuttgart u.a.
- Wijngaart, Mary v.d./Ramakers, Claire, (2001): Kunde und Qualität: Neue Instrumente für die Entwicklung des Arbeitsmarktes für die hauswirtschaftliche Versorgung und Qualität, Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln.
- Wingefeld, Klaus/Schaeffer, Doris, (2001): Nutzerperspektive und Qualitätsentwicklung in der ambulanten Pflege, in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 34. Jg., H. 2, S. 140-146.
- Wingefeld, Klaus/Schnabel, Eckart, (2002): *Pflegebedarf und Leistungsstruktur in vollstationären Pflegeeinrichtungen (Eine Untersuchung im Auftrag des Landespflegeausschusses Nordrhein-Westfalen)*, Eigenverlag, Düsseldorf.
- Wittenius, Ullrich, (2000): Dokumente zum Qualitätsmanagement - Konzept der Arbeiterwohlfahrt, in: *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit* 11/2000, S. 433-435.
- Zenz, A./Bokelmann, M./Zink, J., (1999): *Qualitätsprüfungen ambulanter Pflegedienste nach § 80 SGB XI durch den MDK Baden-Württemberg. Endbericht über die Prüfungsergebnisse im Zeitraum Juli 1997 bis August 1999*, MDK, o.A..
- Zietzschmann, Helga, (2000): *Konflikte am Arbeitsplatz Pflege*, Schattauer, Stuttgart, New York.

- Zimber, Andreas, (1998): Beanspruchung und Stress in der Altenpflege: Forschungsstand und Forschungsperspektiven, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 31. Jg., H. 6, S. 417-425.
- Zimber, Andreas, (1999): Arbeitsbelastung und Beanspruchung in der Altenpflege: Forschungsstand in der Bundesrepublik Deutschland, in: Zimber, Andreas/Weyerer, Siegfried (Hg.), Arbeitsbelastung in der Altenpflege, Verlag für angewandte Psychologie, Göttingen, S. 170-184.
- Zimber, Andreas, (2001): Berufsgruppenbezogene Gesundheitsberichterstattung als Aufgabe der Unfallversicherung: Das Beispiel der Pflegeberufe, in: Sozialer Fortschritt 6/2001, S. 134-140.
- Zimber, J./Gaeth, K./Weyrer, S., (1996): Alltagsaktivitäten, Verhaltensauffälligkeiten und soziale Kontakte bei Alzheimern: Wie zuverlässig sind die Beurteilungen durch das Pflegepersonal?, in: Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie, 9. Jg., H. 3, S. 167-179.
- Zimber, Andreas/Albrecht, Anja/Weyer, Siegfried, (1998): Die Beanspruchungssituation in der stationären Altenpflege nach Einführung der Pflegeversicherung: Ergebnisse einer Vorlaufstudie, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Arbeitsgruppe Psychogeriatric, Mannheim, Arbeitsbericht.
- Zimber, Andreas/Barthelme, Gerinde/Ihsen, Michael/Polak, Ute, (2000): Die Situation der Pflegeberufe in Deutschland. Gutachten zur Arbeits- und Gesundheitssituation der Pflegekräfte in ambulanten Pflegediensten und Einrichtungen der stationären Altenhilfe, Qualifizierungskonzepte für die Sozialwirtschaft (QS), Heidelberg.
- Zimber, Andreas/Weyerer Siegfried, (Hg.) (1999): Arbeitsbelastung in der Altenpflege, Verlag für angewandte Psychologie, Göttingen.