

Aus dem Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft  
an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg  
(Direktor: Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens)

**Was kann man vom Leben im Altenheim noch erwarten?  
„Lebensqualität“ im Fokus des Qualitätsaudits**

zur Erlangung des akademischen Grades  
Doktor rerum medicarum (Dr. rer. medic.) für das Fachgebiet  
Gesundheits- und Pflegewissenschaft

vorgelegt  
der Medizinischen Fakultät  
der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

von:  
Astrid Dorothea Herold-Majumdar  
geboren am 22.08.1966 in München

am: 04.06.2009

Gutachter: 1. Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens  
2. Prof. Dr. Stefan Görres

30.06.2009  
05.08.2010

## Inhaltsverzeichnis

	<b>Seite</b>
Abstract, Kurzreferat	
Vorwort .....	1
1. Behutsame Enthüllung der heilend-wirksamen Pflege .....	1
<i>Der Lebensqualitäts-Index (LQ-Index) als Zauberstab mit begrenzter Wirkung</i>	
2. Qualitätsassessment in der Pflege .....	5
2.1 Qualitätsverständnis des LQ-Index.....	5
2.2 Umsetzung des Qualitätsverständnisses in der Auditpraxis.....	9
2.3 Der Pflegequalitätstest (PQT) des MDK Bayern als Auditrahmen für den LQ- Index .....	9
3. Was ist überhaupt Lebensqualität? .....	11
4. Demenzkranke und in der Kommunikation eingeschränkte Bewohner als Anspruchsgruppen ernst nehmen .....	16
5. Formulierung des Forschungsproblems.....	19
5.1 Methodik.....	21
5.2 Vorrang der Selbsteinschätzung der Lebensqualität .....	23
5.3 Der SEIQoL-DW als Referenzstandard .....	26
5.4 Erster Entwurf des „Lebensqualitätsindex (LQ-Index)“ .....	29
5.5 Forschungsskizze.....	32
5.5.1 Population und Stichprobe.....	32
5.5.2 mögliche Störvariablen.....	35
5.5.3 Überprüfung der Gütekriterien .....	38
5.5.4 Paralleltestung mit SEIQoL-DW .....	41
5.5.5 Expertenbewertung .....	43
6. Ergebnisse des Pretests und Optimierung des Analyse- und Beurteilungsinstruments und der Prüfsoftware.....	45
7. Schulung der Auditoren .....	47
8. Datenauswertung und Ergebnisse .....	48
8.1 Charakteristika der Stichprobe der Hauptstudie.....	48
8.2 Ergebnisse der SEIQoL-Interviews .....	49
8.3 Ergebnisse LQ-Index .....	53
8.4 Ergebnis der Expertenbewertung des LQ-Index .....	55
8.5 Der LQ-Index als validiertes Instrument .....	60
9. Diskussion der Ergebnisse .....	62
10. Ausblick .....	66
Literaturnachweis.....	68
Anhang.....	74
Thesen .....	76
Tabellarischer Lebenslauf .....	81
Erklärung	

## Abbildungsverzeichnis

		<b>Seite</b>
Abb. 1	Total Quality Management Possible Model of Relationship nach Rubinstein 2000 .....	12
Abb. 2	Forschungsskizze.....	33
Abb. 3	Bewohnerprofil nach dem Schedule for the evaluation of individual quality of life .....	51
Abb. 4	Rücklaufquote Expertenbewertung und Gesamtergebnis Pflegequalitätstest .....	56
Abb. 5	Modell: Lebensqualitätsindex .....	61

## Tabellenverzeichnis

		<b>Seite</b>
Tab. 1	Studienpopulation der Pilotstudie Oktober 2007-April 2008 .....	34
Tab. 2	Studienpopulation der Hauptstudie 2008 .....	35
Tab. 3	Übersicht über die Testwerte des Analyseinstruments .....	40
Tab. 4	Ergebnisse Schedule for the evaluation of individual quality of life-Index und Lebensqualitäts-Index Pilotheim E 29 .....	47
Tab. 5	Bewohnercharakteristika der Stichprobe n = 209 .....	48
Tab. 6	Bewohneranteil je Einrichtung, mit dem das Schedule for the evaluation of individual quality of life-Interview durchgeführt werden konnte .....	49
Tab. 7	Kreuztabelle Rücklauf der Expertenbewertung .....	55
Tab. 8	Expertenbeurteilung der Verständlichkeit der Fragen zum Lebensqualitäts-Index .....	57
Tab. 9	Expertenbeurteilung der Eignung der Fragen zur fachlichen Reflexion des Pflegeprozesses hinsichtlich der Berücksichtigung der Lebensqualität .....	58
Tab. 10	Expertenbeurteilung der Nützlichkeit der Hinweise im teilstrukturierten Analyse- und Beobachtungsbogen (Prüfanleitung Lebensqualitäts-Index) .....	58
Tab. 11	Beurteilung der Antwortkategorien durch die Experten .....	59

## **Abstract: Kurzreferat**

Lebensqualität – ein wichtiges Kriterium bei der Beurteilung der Pflegequalität in der stationären Altenpflege - Der LQ-Index: Ein Auditinstrument zur Beurteilung der Berücksichtigung der Lebensqualität im Pflegeprozess auch für Personen mit eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit

**Einleitung:** Ziel der methodologischen Forschungsarbeit ist die Entwicklung eines konzeptgestützten Audit-Fragebogens, der die Beurteilung der individuellen Lebensqualität (LQ) bei Personen mit eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit im Pflegeprozess erlaubt.

**Methode:** Aus der Gesamtheit von 1128 Bewohnern (N=1128) in 8 Altenheimen wurde eine nach Pflegestufen geschichtete Zufallsstichprobe von insgesamt 209 Bewohnern (n=209) gezogen, und deren LQ gemessen. Die neuen Prüfitems des LQ-Index wurden validiert durch die Paralleltestung mit dem Referenzstandard SEIQoL-DW, eine Itemanalyse und eine strukturierte Expertenbewertung nach der kognitiven-Interview-Methode.

**Ergebnisse:** Das SEIQoL-Interview konnte nur bei 18 (8,61 %), der LQ-Index bei allen 209 Probanden erhoben werden. Der LQ-Index ergab durchschnittlich einen Grad der Berücksichtigung der LQ im Pflegeprozess von 5,0 Punkten (Median 7,0 P., r= 0-10 P.). Die Interrater-Reliabilität des LQ-Index-Entwurfs lag bei K= 0,63 (SD= 0,27). Die Itemblockanalyse ergab für den Fragenkomplex 1 Kor=0,853 und den Fragenkomplex 2 Kor=0,899. Die Korrelation der Ergebnisse der 18 validen SEIQoL-Interviews und der bei diesen Probanden erhobenen LQ-Index-Werte betrug 0,81. Als Experten beurteilten 81 Bezugspflegerkräfte (Rücklaufquote 55,3 %) und 8 PQT-Auditoren (Rücklaufquote 80 %) den LQ-Index hinsichtlich Anwendbarkeit und Eignung zur Erfassung der LQ als sehr gut (alle Items über 80 % Zustimmung).

**Diskussion:** Die Ergebnisse dieser Untersuchung deuten auf eine hohe Konstruktvalidität hin. Eine fortlaufende Verbesserung der Objektivität ist durch die Peer-Reviews, die Überprüfung der Interrater-Reliabilität und die Weiterentwicklung der Prüfanleitung im Instrument angelegt. Es liegt ein praktikables und valides Instrument zur Beurteilung der Lebensqualität bei Pflegeheimbewohnern mit Kommunikationseinschränkungen für die Praxis vor.

## **Bibliographie**

Herold-Majumdar, Astrid: Was kann man vom Leben im Altenheim noch erwarten? „Lebensqualität“ im Fokus des Qualitätsaudits, Halle, Univ., Med. Fak., Diss., 80 Seiten, 2009

## Vorwort

Der Begriff „*Bewohner*“ für den Pflegebedürftigen im Heim unterstützt nicht optimal den Professionalisierungsprozess in der Beziehungsarbeit der Pflege. Der „*Be- wohner*“ eines Appartements in einem Altenpflegeheim, „*be- wohnt*“ vorübergehend das Zimmer (dies kommt verstärkt durch eine umfangreiche heimeigene standardmäßige Möblierung zum Ausdruck). Die Person, die im Heim lebt und in ihrem Appartement zu Hause ist, wird nicht etwa als Hausherr/ -herrin oder Mieter/ -in bezeichnet und wahrgenommen wie in ambulant betreuten Wohngemeinschaften. Rubinstein prägt dabei den Begriff des „*consumer of medical and medically oriented services*“ (Rubinstein 2000:17), der sich vorübergehend in einer Einrichtung aufhält, um pflegerische Leistungen zu konsumieren. Der Begriff wird dennoch in der vorliegenden Arbeit verwendet, da er im stationären Altenhilfebereich üblich und allgemein verständlich ist. Der Bewohner wird aber als selbstbestimmte Person in der Co-Produktion der Pflege gesehen. Die Pflege wird dabei als personenorientierte Dienstleistung verstanden, bei der der Bewohner als „*Prosumer*“<sup>1</sup> in besonderem Maße unter Achtung seiner Selbstbestimmung und Autonomie (vgl. Behrens 2005) mit seinen Bedürfnissen integriert werden muss. Als Hausherr lebt der Bewohner ausgestattet mit seinen Bürgerrechten selbstbestimmt und autonom in seinem Appartement, in dem die Pflegenden und Gutachter zu Gast sind.

### 1. Behutsame Enthüllung der heilend-wirksamen Pflege

#### *Der Lebensqualitäts-Index (LQ-Index) als Zauberstab mit begrenzter Wirkung*

Es sind die unsichtbaren, kommunikativen Anteile<sup>2</sup> der pflegerischen Arbeit, die sich als Zuwendung mit professionellem Engagement und menschlicher Hingabe äußern, die die Pflege nicht nur zur kundenfreundlichen Dienstleistung, sondern zur erkennenden und heilenden Disziplin werden lassen. Eine heilend-wirksame Pflege erkennt und fördert den Bewohner als Person in ihrer Ganzheit von Körper, Geist und Seele. Dies erfordert von der professionellen Pflegeperson „*wissenschaftliche, klinische Kompetenz gepaart mit humanitärem und moralischem Engagement*“ (Watson 1996:74). Dabei nimmt die Pflegenden empathisch wahr, wie der Bewohner seine Krankheit und Pflegebedürftigkeit deutet und bezieht diese Situationsdeutungen in ihr Handeln ein (professionelles Situationsverstehen). Dieses humanitäre Engagement der Pflegenden wird häufig mit Begriffen wie z.B. „*Berufung*“, „*Pflege mit Herz*“, „*Fürsorge*“ oder gar „*Liebe*“ ausgedrückt und vermittelt u. a. Lebensqualität (LQ) in Situationen schwerer krankheitsbedingter Einschränkungen. Das Engagement fällt in den Bereich der Freiwilligkeit, außerhalb jeder Vergütungsdiskussion. Diese Leistungen machen jedoch die „*wirklich gute Pflege*“ aus,

---

<sup>1</sup>also Co-Produzent und Konsument (Corsten 1997:341)

<sup>2</sup> Die oft unsichtbare Arbeit und Leistung der Pflegenden bei der Gestaltung des Beziehungsprozesses lässt sich mit Habermas als „*kommunikatives Handeln*“ beschreiben, wonach sich kommunikatives Handeln auf einen „*kooperativen Deutungsprozess*“ stützt, „*[...] in dem sich die Teilnehmer auf etwas in der objektiven, der sozialen und der subjektiven Welt zugleich beziehen, auch wenn sie in ihrer Äußerung thematisch nur eine der drei Komponenten hervorheben*“ (Habermas 1995b:184).

können aber weder genau definiert, noch gemessen bzw. von außen beurteilt werden. Das Wertesystem unserer Gesellschaft ist aber ausgerichtet an einem Existenzbegriff, der nur die „objektiv messbare“ (in Minutenwerten) und „direkt beobachtbare“ („Verrichtungen“) Leistung als tatsächlich durchgeführt und damit als finanzierbar betrachtet. Dies hatte seit der Einführung der Pflegeversicherung 1995 die Konsequenz, dass überwiegend die äußerlich sichtbaren Leistungen in der Pflege dokumentiert und honoriert wurden. Die Unterstützungsleistungen bei den sogenannten „Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens“ (§ 14 Abs. 3 SGB XI, Sozialgesetzbuch, 11. Buch, die soziale Pflegeversicherung 2004) werden als vergütungsrelevante pflegerische Tätigkeiten gesetzlich festgeschrieben, weil sie beobachtbar und messbar sind. Die professionelle und menschliche Beziehung der Pflegenden mit dem Bewohner, die durchaus therapeutische und heilende Wirkung haben kann, verschwindet hinter den überwiegend leistungs- und vergütungsorientierten Informationen, die funktional-instrumentell ausgerichtet sind (vgl. Kane/Kane 1988, Görres 2008), bestimmen aber das *Wie* der Unterstützung in den Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens. Das *Wie* gestaltet das Person-sein und kann die Würde des pflegebedürftigen Menschen und die Würde seiner Helfer schützen oder verletzen. Folgt man der Definition der Pflege nach Jean Watson, so ist das Eigentliche, also der Gegenstand der Pflege, etwas Unsichtbares, das sich mit dem „Fieberthermometer“ und der Stoppuhr nicht messen lässt, nämlich die menschliche Erfahrung existenzieller Ereignisse im Zusammenhang mit Gesundheit, Krankheit und Pflegebedürftigkeit. Diese Erfahrungen lassen sich nur in der zwischenmenschlichen Interaktion über kommunikative Wege (Beziehungsarbeit) vermitteln, die wiederum nur über hermeneutisch-interpretative Forschungs- und Analysemethoden (vgl. Behrens/Landenberger 2002, Behrens/Langer 2006a ) dargestellt werden können. Durch die reduzierten confidanten Kontakte der Bewohner gewinnt die soziale Beziehung zu den professionellen Bezugspersonen an Bedeutung (Winter-von Lersner 2006:37). Genauso wichtig wie die professionelle Distanz ist die professionelle Zuwendung in diesem Zusammenhang. Dieser Zuwendungsprozess liegt häufig im Verborgenen. Damit die pflegerische Leistung in diesem Bereich nicht als Mysterium im Sinne einer Zauberkunst (Behrens 2002:97), die nur von weisen Frauen ausgeübt werden kann, verborgen bleibt, ist die *behutsame Entmystifizierung* der unsichtbaren Anteile dieser Pflegepraxis erforderlich. Dabei soll der Zauberstab den Schleier nur so weit heben, dass *die wahre Schönheit der Pflege* zwar zu ahnen, aber nicht völlig entblößt ist. Das in der vorliegenden Arbeit entwickelte Analyse- und Beurteilungsinstrumentarium „Lebensqualitätsindex (LQ-Index)“ fungiert dabei als „Zauberstab“. Die „Qualität der transpersonalen Zuwendung und der spirituellen Vereinigung“ muss nach Watson auch „Raum für das Unbekannte“ lassen (Watson 1996:94). Der LQ-Index als Auditinstrument eingesetzt kann mit hermeneutisch-interpretativen Methoden immer nur eine Annäherung an die kommunikativen Anteile der Pflegearbeit (die Bedeutungszuschreibungen des Bewohners an seine Situation und seine Lebensqualität in der stationären Pflegeeinrichtung und das Verstehen durch die Bezugspflegerperson) ermöglichen, sodass der „Zauberstab“ nur begrenzte Wirkung zeigt. Wir müssen uns unsere „Fremdheit“ eingestehen (Behrens/Langer 2006:154), um überhaupt einen

Zugang zu der Lebenswelt<sup>3</sup> und der Kultur unserer pflegebedürftigen Mitmenschen zu bekommen, d.h. wir können deren Erleben nur erahnen und unsere Ahnungen über Hypothesen prüfen. „Der Zustand einer Person“ hängt nach Watson oftmals weniger mit der „äußeren Welt“ zusammen als mit der Welt ihres „inneren Erlebens“ (Watson 1996:70). Um ein vollständiges Bild vom Patienten/Bewohner zu bekommen, sind sowohl objektiv messbare und beobachtbare Parameter<sup>4</sup> als auch Informationen über die Gefühle und die Erfahrungs- und Lebenswelt<sup>5</sup> des pflegebedürftigen Menschen einzuholen. Ein Analyseinstrument im Qualitätsaudit muss deshalb immer beide Dimensionen erfassen. Das Wissen oder zumindest Teilwissen, wie ein alt gewordener Mensch seine Gesundheit/Krankheit, seine Pflegebedürftigkeit und sein Wohnen und Leben im Heim wahrnimmt, ist die Voraussetzung für das Verstehen und damit für eine echte Zuwendung zum pflegebedürftigen Menschen, die dann auch als authentisch und heilend empfunden werden kann. Die Zuwendung zur konkreten Person in ihrer Einzigartigkeit, die ihre Gesundheit/Krankheit und Pflegebedürftigkeit ganz individuell wahrnimmt, ist die Kunst und die Professionalität der Pflegenden. Menschliche Zuwendung ist nicht ein rein spontaner und großzügiger Liebesdienst, zu dem die Pflegenden von Geburt an oder durch das „Frau-sein“ befähigt ist, sondern es erfordert Wissen. „Caring“, im Sinne der zwischenmenschlichen Zuwendung, tatsächlich als Arbeit zu verstehen, ist aufgrund des historischen Hintergrundes nicht selbstverständlich (Watson 1996:79). In den Zeiten der Entstehung der bürgerlich-kapitalistischen Gesellschaft verrichtete die Frau diese eher weibliche Hausarbeit, für die sie durch ihre Geschlechterrolle prädestiniert schien (vgl. Höhmann 2006:30). Damit der pflegebedürftige Mensch nicht ausgeliefert ist, der guten Absicht der Pflegenden und ihrer mehr oder weniger religiösen (caritas) oder humanistischen Einstellung, bedarf es einer Professionalisierung der Zuwendung im Pflegeprozess als Beziehungsprozess. Der LQ-Index wird insbesondere dafür entwickelt, den so verstandenen Professionalisierungsprozess der Pflege zu unterstützen.

Ziel der vorliegenden Forschungsarbeit ist die Entwicklung und Validierung eines Analyseinstruments zur Beurteilung eines wesentlichen Aspekts der Beziehungsarbeit. Diese unsichtbare, meist nicht dokumentierte, kommunikative pflegerische Leistung wird dadurch sichtbar und kann reflektiert werden und erfährt Wert und Anerkennung. Qualitätsverbesserungen in der Beziehungsarbeit sind nur über valide, vergleichende Erhebungen abzubilden (Hulskers 2003:136) Zur Operationalisierung des professionellen Situationsverstehens und der Beziehungsarbeit wurde ein wesentlicher Aspekt herausgegriffen, nämlich die Berücksichtigung der subjektiv wahrgenommenen Lebensqualität des Bewohners im Pflegeprozess. Das Auditinstrument mit seinen Prüffragen/bzw. Items wird in die bereits

---

<sup>3</sup> Das Konzept der Lebenswelt ist nach Habermas ein „Reservoir von Selbstverständlichkeiten oder unerschütterten Überzeugungen, welche die Kommunikationsteilnehmer für kooperative Deutungsprozesse benutzen.“ Die Lebenswelt ist „kulturell überlieferten“ und stellt einen „sprachlich organisierten Vorrat an Deutungsmustern“ dar (Habermas 1995b:189).

<sup>4</sup> z.B. Körpertemperatur, Pulsfrequenz, Hautzustand

<sup>5</sup> existenzielle Erfahrung von erhöhter Körpertemperatur, damit verbundene Ängste, Wahrnehmung des beschleunigten Herzschlages durch den Patienten, Hautzustand als Ausdruck des seelischen Zustandes

bestehende Prüfsystematik des Pflegequalitätstests (PQT) des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in Bayern (MDK Bayern) integriert. Der PQT wurde seit 2003 entwickelt, um auf der Basis der Messung der Ergebnisqualität Transparenz für den Verbraucher und Vergleichbarkeit zwischen den Pflegeheimen herzustellen. Der PQT als Auditrahmen wird in Kapitel 2.3 näher erläutert. Die Güte des Instruments „LQ-Index“ wird u. a. anhand der Paralleltestung mit einem Referenzstandard zur Selbsteinschätzung der Lebensqualität (SEIQoL-DW: Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life-Direct Wighting<sup>6</sup>) und anhand einer Expertenbewertung überprüft. Die Ergebnisse werden kritisch diskutiert und für die Praxis aufbereitet. Als Ergebnis entsteht ein erprobtes und praxistaugliches Auditinstrument zur Qualitätsbeurteilung der Berücksichtigung der Lebensqualität im Pflegeprozess. Dies ist ein wichtiger Aspekt der Beziehungsarbeit in der Pflege, die als „diffuses Handeln“<sup>7</sup> in den Professionalisierungsprozess einbezogen werden muss. Darüber hinaus soll dieses Instrument insbesondere auch in kommunikativ schwierigen Situationen<sup>8</sup> anwendbar sein, um die große Zahl der schwer demenzkranken Bewohner adäquat bei der Qualitätsbeurteilung einzubeziehen. Berücksichtigt werden dabei aber auch Bewohner mit anderen Störungen der Kommunikation (z.B. Aphasie nach Apoplex) oder kommunikativ schwierige Situationen, die durch die Pflegenden entstehen, weil diese z. B. die Perspektive des Bewohners nur eingeschränkt wahrnehmen können. Diese Personengruppen haben einen besonderen Hilfebedarf bei der Entwicklung von Lebensqualität im Heim, weil sie ihre Vorstellungen und Deutungen von Lebensqualität nicht mehr mitteilen können und im besonderen Maße von der Motivation und Professionalität der Pflegenden abhängig sind. Die vorliegende Forschungsarbeit sieht sich damit unter dem Leitthema der vom BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung) angestoßenen und geförderten angewandten Pflegeforschung des Pflegeforschungsverbundes Mitte-Süd der Martin-Luther-Universität Halle Wittenberg: « Evidencebasierte Pflege chronisch Pflegebedürftiger in kommunikativ schwierigen Situationen » (Behrens/Zimmermann 2006b:167) und möchte diese Bestrebungen der Professionalisierung ausdrücklich unterstützen.

---

<sup>6</sup> Royal College of Surgeons, Dublin, Ireland: O'Boyle CA et al. 1993, Coen et al. 1993

<sup>7</sup> Im Gegensatz zu den „funktional-spezifischen Anteilen“ (abgrenzbare, routinisierte Erwartungen, rollenförmig, an Leistungen orientiert) der Pflege bezeichnen Ummel et al. pflegerisches Handeln, das auf „das Gegenüber als ganze Person“ bezogen ist, als „funktional unspezifische Handlungs- und Beziehungsanteile oder diffuses Handeln (Ummel 2005:4).

<sup>8</sup> « Kommunikativ schwierige Situationen » können durch >Störungen< und >Beeinträchtigungen< der Kommunikation auf verschiedenen Ebenen entstehen. Kommunikative Einschränkungen gehen keineswegs nur auf Eigenschaften der pflegebedürftigen Person zurück : häufig haben sie ihre Ursache im Kontext der Pflegebedürftigen, zu dem auch die professionell Pflegenden gehören. Somit sind bei der Bestimmung >kommunikativ schwieriger Situationen< die Ebenendifferenzierung der ICF, aber ebenso die Pflegestrukturen und -prozesse selbst zu berücksichtigen. » Kommunikationsstörungen gefährden nach Behrens et al. die Effektivität und Effizienz der Pflege erheblich in drei Hinsichten: durch Einschränkung der Autonomie, durch erschwerte Orientierung an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen und durch die Gefährdung der Kontinuität der Sicherung und Steuerung von Verläufen im Pflegeprozess (Behrens et al. 2005:19).

## 2. Qualitätsassessment in der Pflege

### 2.1 Qualitätsverständnis des LQ-Index

Mit dem zu entwickelnden Analyse- und Auditinstrument, dem LQ-Index, sollen die „weichen“ Anteile<sup>9</sup> der pflegerischen Arbeit im Rahmen des externen Audits sichtbar werden. Durch die theoretische Fundierung und Validierung praktikabler Prüf-Items können Kommunikations- und Deutungsprozesse der pflegerischen Beziehungsarbeit bei der Qualitätsbeurteilung angemessen berücksichtigt werden. Dies ist die Basis für die Honorierung der Leistungen in diesem Bereich (Watson 1996:49). Karotsch formuliert diese Zusammenhänge in seinem Aufsatz „Qualität ist, was der Kunde dafür hält“ etwas zugespitzt:

„Denn eine Pflegekraft wird nicht für Ideale bezahlt, sondern für Leistungen, die verkäuflich sind und die ihre Einrichtung mit dem Kunden oder dessen Kostenträger abrechnen kann“ (Karotsch/Grond 1997:37).

Die Gestaltung von Qualitätsbeurteilungsinstrumenten setzt Qualitätsmaßstäbe und steuert somit die Entwicklung des Gesundheitssystems. Entsprechend sorgfältig müssen die Indikatoren entwickelt und in der Begutachtungspraxis angewandt werden. Nach Ollenschläger 2007<sup>10</sup> besitzen Qualitätsindikatoren<sup>11</sup> in der Pflege eine „herausragende Bedeutung als Steuerungsinstrumente“ und müssen folglich selbst einer strengen Prüfung unterzogen werden (Ollenschläger 2007:115). Beim LQ-Index steht das *Wie* der pflegerischen Leistung im Mittelpunkt, nämlich wie Pflegenden im Sinne des Bewohners und seines Situationsverstehens agieren und intervenieren (vgl. Bräutigam 2002). Das Qualitätsverständnis ist geprägt von dem Respekt vor der Autonomie des Bewohners, im dem Sinne, dass der Bewohner seinen eigenen Lebensentwurf und Stil auch in der Institution entfalten kann. Bei schwer demenzkranken und in der Kommunikation eingeschränkten Menschen wird dieser Respekt durch das Anbieten individueller Wahlmöglichkeiten auf der Basis der Informationssammlung, die Zuwendung und aufmerksamen Beobachtung der Reaktionen des Bewohners und die flexible Anpassung der Interventionen ausgedrückt. Der LQ-Index zielt deshalb in erster Linie auf das professionelle Situationsverstehen (Verstehen, wie der Bewohner sein Leben im Heim sieht und beurteilt) ab, das Voraussetzung für das Anbieten adäquater, individueller Wahlmöglichkeiten ist.

---

<sup>9</sup> kontemplativen Anteilen der Pflegearbeit, die sich äußerlich nicht durch Aktivitäten sichtbar abbilden (Behrens 2005:53)

<sup>10</sup> Institutionalisierung der Qualitätsentwicklung in der Pflege. Gutachten für die Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e.V. (BUKO-QS) 2007

<sup>11</sup> „Ein Indikator ist eine klinische Messgröße in Form einer genau definierten und messbaren Zahl. Sie stellt Verhältnis  $(x/N)$  aus einer Anzahl bestimmter Ereignisse ( $x$ ) im Vergleich mit einer Gesamtheit ( $N$ ) dar, ausgedrückt in %  $(x/N \cdot 100)$ . Durch Definition eines dazugehörigen Referenzbereichs wird die Aufmerksamkeit auf eine Abweichung von der Norm gelenkt. Positive oder negative Abweichungen liefern dabei den Hinweis zur Bewertung der Qualität, bezogen auf eine Organisationseinheit (nicht auf einen Einzelfall). Qualitätsindikatoren müssen spezifisch, relevant, gültig und zuverlässig sein“ (Ollenschläger 2007:117).

## **Das Verständnis von Ergebnisqualität im LQ-Index**

Die Komplexität der Pflegequalität in Langzeitpflegeeinrichtungen mit einem hohen Anteil an demenzkranken und gerontopsychiatrisch erkrankten Personen kann nicht durch die Messung einzelner Outcomeparameter wie z.B. die Dekubitusprävalenz abgebildet werden. Görres kritisiert in seinem Gutachten insbesondere die mangelnde Evidenzbasierung der Qualitätsindikatoren und die Vernachlässigung der Lebensqualität bei der Qualitätserhebung (Görres 2008:6). Vielmehr ist mit Hilfe qualitativer Verfahren zu analysieren, *wie* Ergebnisse zustande kommen (Output-Beurteilung)<sup>12</sup> und *wie* der Bewohner als Person in diesen Prozess eingebunden ist (Schindler 2003:89). Vergleichende Ergebnisdarstellungen auf der Basis von Outcome-Daten sind in Deutschland darüber hinaus verzerrend, da noch keine Risikoadjustierung<sup>13</sup> auf einer einheitlichen Grundlagen erfolgt. Die Grenzen einer rein Outcome-bezogenen Erfassung der Pflegequalität in Langzeitpflegeeinrichtungen zeigt die Studie von Mukamel 1998. Es wurden fünf Outcome-Parameter (Dekubitusrate, Fixierungsrate, Verschlechterung in den ADL's, Dehydratationsrate und Unfall-/Sturzrate) erhoben, wobei bei drei Parametern (Dekubitusrate, Fixierungsrate, Verschlechterung in den ADL's) eine Korrelation zwischen Outcome und Gesamtergebnis bei den Qualitätsprüfungen durch die staatliche Aufsicht (Department of Health Officials) nachgewiesen werden konnte (Mukamel 1997:381). Die Perspektive der Bewohner blieb dabei weitgehend ausgeschlossen. Die Datenlage vor Ort war zwar umfangreich, aber hinsichtlich der „personenbezogenen Kategorien“ (Rubinstein 2000:19) mager. Das Minimum Data Set (MDS) erfasste nicht die Lebensbedingungen und die Hotelleistungen, durchaus relevante Qualitätsbereiche für die Bewohner im Heim (Mukamel 1997:369). Die Anteile der Pflege an dem Outcome sind rückwirkend meist schwer zu identifizieren (vgl. Behrens/Langer 2006:176). Beziehungsarbeit und psychosoziale Betreuung können als komplexe Phänomene mit Outcome-Parametern nur sehr eingeschränkt beurteilt werden. Einem ethischen Verständnis der Deontologie folgend müsste die Frage gestellt werden, wie das Outcome, z.B. niedrige Dekubitusrate, erreicht wurde? Geschah dies durch Ignorieren der Bedürfnisse des Bewohners, der z.B. in seiner Nachtruhe nicht gestört werden will, oder nur auf einer bestimmten Seite gelagert sein will. Das Ergebnis einer niedrigen Dekubitusprävalenz unter Ignoranz der Wünsche und Bedürfnisse des Bewohners ist anzuzweifeln, wenn man von einem Qualitätsverständnis ausgeht, das den Bewohner als „Koproduzenten“ ernst nimmt und, dem sich die Pflegenden aus einer humanistischen Haltung heraus zuwendet. Ethisches Pflegewissen wendet Regelwissen immer unter „Hinwendung zu konkreten Menschen, die in konkreten Situationen vorkommen“ an (Arndt 1996:45). „Nicht dominierendes, professionalisiertes Spezialistentum – sondern pflegerisches Handeln, das aus gemeinsamen Denken mit dem Patienten erwächst“ (Arndt 1996:52), das seinen ganz persönlichen Lebensentwurf und sein Wertesystem ernst nimmt, sowie seine Eigenverantwortung stärkt, steht hinter

---

<sup>12</sup> Qualitätssicherung im „Arbeitsbündnis“ der internen und externen Evidence durch Erarbeitung des Pflegeziels mit dem „jeweils einzigartigen Klienten“ und durch sein Einverständnis über den Prozess, mit dem es zu erreichen ist (Behrens/ Langer 2006a:36 f.)

<sup>13</sup> “Those homes that care for the most debilitated patients with more comorbidities will have worse outcome rates compared with homes that care for relatively healthy individuals.“ (Mukamel/Brower 1998:696)

der Entscheidung, Output (*wie* sind Ergebnisse zustande gekommen) statt, oder immer in Ergänzung zum Outcome zu messen.

Dabei konzentriert sich der LQ-Index auf die bewohnerbezogenen Prozesse, ohne nach betrieblichen Strukturen und Ablaufregelungen zu fragen. Die von Kane/Kane beschriebenen Gründe für die Ineffektivität des Qualitätssicherungs-Systems der USA können durchaus auf die heutige Situation in Deutschland übertragen werden. Es werde zwar überprüft, ob die Voraussetzungen für Qualität<sup>14</sup> gegeben sind, aber nicht, ob die Einrichtungen tatsächlich Leistungen erbringen, die dem Bedarf und den Bedürfnissen des Bewohners in seiner Einzigartigkeit entsprechen. Europäische Qualitätssertifizierungssysteme wie z.B. die DIN EN ISO 9000 ff. regeln die strukturellen Voraussetzungen und die Betriebsprozesse, um Qualität zu verbessern, geben aber kein differenziertes Konzept zur Qualitätsmessung beim „Kunden“ vor (DIN 2000:01 Allgemeines). Dies ist zwar im Rahmen des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses vorgesehen, die Definition der Kriterien der Qualitätsmessung wird aber meist nicht systematisch aus der Sicht der Kunden entwickelt. Mit den gängigen Qualitätsassessmentinstrumenten werde die Sicherheit des Bewohners und sein physisches Wohlbefinden gemessen, nicht aber sein psycho-soziales Wohlbefinden und seine Zufriedenheit. In der Regel werden Informationen über Wohlbefinden und die Lebensqualität indirekt durch die Befragung der Angehörigen erhoben. Dabei ist aber mit zunehmender Evidenz davon auszugehen, dass Ersatzbefragungen das tatsächliche Befinden des Bewohners nicht abbilden (vgl. Graber-Dünow 2004, Kane/Kane 1988, Lavizzo-Mourey et al. 1992, Uman et al. 2000).

Die für die Qualitätssicherung eingesetzte, oft ineffektive Bürokratie blockiere eher die kreativen Strategien der Einrichtung (Kane/Kane 1988:135). Mit der Fokussierung der Qualitätsmessung auf die Ergebnisse beim Bewohner, soll der Pflegeeinrichtung beim LQ-Index Gestaltungsspielraum für die Entwicklung der betrieblichen Strukturen und Abläufe im Hinblick auf die Lebensqualität der Bewohner gegeben werden. Die Ergebnisqualität für die Bewohner ist „zentraler Bewertungsmaßstab für die Sinnhaftigkeit von Maßnahmen der Qualitätsförderung in der Pflege“ (Ollenschläger 2007:134). Die derzeit umgesetzten Instrumente der Qualitätssicherung orientierten sich aber überwiegend an der Beurteilung von „Abläufen, Formalismen und administrativen Handlungen“ (ebda). Managementstandards, die z. B. durch Qualitäts-Zertifizierungsinstrumente vorgegeben werden, und Pflegestandards müssen auf der Ebene des „individuellen Arbeitsbündnisses mit einzelnen Klienten“ (Behrens 2000:328) hier Bewohnern übersetzt werden. Diese Übersetzungsarbeit müssen Qualitätsassessment-Instrumente und deren Anwender leisten, um keine „unbeabsichtigten Anreize“ (ebda:327) zu schaffen und den Fokus auf den Bewohner zu lenken. Die Lebensqualität der Bewohner und deren „vom Heim beeinflussten Determinanten“ bleiben von den aktuell gängigen Verfahren

---

<sup>14</sup> „Quality measures that address technical professional standards or building codes may not reflect the priorities of the client“ (Kane/Kane 1988:136).

„gänzlich unberührt“ (ebda). Dem Ethikkodex der Pflegenden folgend ist aber der Einsatz der Technologie in der Pflege immer bezüglich ihrer Vereinbarkeit mit der Würde und den Rechten der Menschen zu reflektieren (SBK 2001:3). Die laufende Auseinandersetzung mit der so verstandenen Sinnhaftigkeit und Evidenz von Steuerungsinstrumenten dient der internen Qualitätsentwicklung von staatlichen Aufsichtsbehörden und den im Auftrag der Kostenträger arbeitenden Gutachterdienste, wie dem MDK Bayern. Diese Reflexion sollte in Zusammenarbeit mit den Leistungserbringern und den Leistungsempfängern, respektive den Bewohnern, erfolgen. Anreize sind in diesem Sinne richtig zu setzen, indem Steuerungsinstrumente in der externen Qualitätssicherung den Fokus auf den Bedarf und die Bedürfnisse des pflegebedürftigen Menschen lenken (vgl. Josat 2006). Leistungsverbesserungen in diesem Bereich sind im Gutachten besonders hervorzuheben.

„Anreize sind keineswegs per se schlecht, sondern nur insofern, als sie das Handeln auf etwas anderes orientieren als was aus der Kommunikation mit den Klienten und aus externer Evidence folgen würde“ (Behrens 2002:105).

Bereits 1986 hat das Aufsichtskomitee der Pflegeheime des Instituts für Medizin (Committee on Nursing Home Regulation of the Institute of Medicine) in New York festgestellt, dass die Pflegequalität zukünftig weniger prozessorientiert und mehr bewohner- und outcomeorientiert gemessen werden soll (Gilloran et al. 1993:368). Die unterschiedlichen Dimensionen der Qualität im Heim (medizinische und pflegerische Versorgung, Hotelleistungen, Wohnumfeld und soziale Aktivitäten) sind dabei zu berücksichtigen (ebda). Outcome-Messungen und Zufriedenheitsbefragungen, wie sie in der Akutpflege durchgeführt werden, alleine reichen nicht aus, um die Komplexität der Pflegequalität in Langzeitpflegeeinrichtungen zu erfassen (vgl. Kane/Kane 1988). Wesentliche Aspekte der Lebensqualität werden dabei ausgeschlossen. Das Setting, Langzeitpflege<sup>15</sup>, erfordert spezifische QM-Assessment-Instrumente, die sich von denen der Akutpflege unterscheiden. Nach Kane/Kane sind die Unterschiede zur Akutpflege in folgenden Bereichen zu sehen: Die Langzeitpflege („LTC: Long- term care“) läuft diskret im Hintergrund und ist durch einen längeren Zeithorizont geprägt. Sie ist relativ unspezialisiert, unqualifiziert und arbeitsintensiv. Die Leistungen werden teilweise von Angehörigen und Freunden übernommen. Sie ist multidisziplinär und erfordert austauschbare Fertigkeiten. Die Dokumentation der Leistungen und der relevanten Informationen über den Bewohner erfolgt spärlich und vergütungsorientiert. Durch die eher sporadischen Besuche der Ärzte, liegen wenig differenzierte Informationen über die Diagnosen und den funktionellen Status der Bewohner vor (Kane/Kane 1988:133). Die Ziele der Langzeitpflege und damit die Bewertungsgrundlage für deren Effektivität sind sehr unterschiedlich und widersprechen sich oft aufgrund der Heterogenität des Klientels und seiner Multimorbidität. Das übergeordnete Ziel ist dabei, die Lebensqualität des Bewohners, die von der Pflege zumindest nicht negativ beeinflusst werden soll. Die

---

<sup>15</sup> „By consensus, LTC is defined as health, personal care, and social services given over a sustained period to persons who have lost some capacity for self-care because of a chronic illness or condition“ (Kane/Kane 1988:133).

Pflege in Langzeitpflegeeinrichtungen ist somit geprägt von einer Komplexität, die ihre Beurteilung hinsichtlich Effektivität erschwert.

Der Respekt vor der Autonomie der Lebenswelt des Bewohners, aber auch vor der Arbeitswelt der Pflegenden ist die notwendige Grundhaltung des professionellen Auditors in der Pflege. In der Begutachtungspraxis bedeutet dies, dass komplexe Beziehungsarbeit und professionelles Situationsverstehen in einem engen Zeitrahmen reflektiert und beurteilt werden müssen.

## **2.2 Umsetzung des Qualitätsverständnisses in der Auditpraxis**

Die drei wichtigsten Informationsquellen des Auditors stehen häufig nur sehr eingeschränkt zur Verfügung, um kommunikative Anteile der Pflegearbeit zu beurteilen: 1. Bewohner mit oft stark eingeschränkter verbaler Kommunikationsfähigkeit 2. Pflegeprozessdokumentationen, die häufig rein instrumentell ausgerichtet sind und wenig Informationen über Beobachtungs- und Aushandlungsprozesse liefern 3. Pflegefachgespräch mit der Bezugspflegeperson, die häufig noch in einen streng funktionalen und organisationsorientierten Ablauf eingebunden ist und wenig Persönliches über den Bewohner weiß. Der LQ-Index bedient sich im Fachgespräch der Methode der kollegialen Fallrekonstruktion (vgl. Ummel 2005). Der Pflegeprozess wird dabei retrospektiv über 6 Monate mit der Bezugspflegeperson rekonstruiert und hinsichtlich der Lebensqualität des Bewohners reflektiert. Durch die systematische Reflexion von Vorverständnissen und das Angebot von Diagnosen und möglichen Lösungswegen entwickeln Bezugspflegeperson und Auditor im LQ-Index gemeinsam „Handlungsalternativen“, die dem Bewohner angeboten werden können (Ummel 2005:7), um seine Lebensqualität zu verbessern. Im Rahmen des LQ-Index dienen „stellvertretende Situationsdeutung als Angebot“ (Bräutigam 2002:14) an den Bewohner, der sich uns bezüglich seiner Lebensqualität nicht mehr mitteilen kann. Bei der systematischen Reflexion des Pflegeprozesses mit dem LQ-Index werden die Annahmen über die wichtigen Lebensqualitätsaspekte als „stellvertretende Situationsdeutungen laufend überprüft. Diese LQ-bezogene Reflexion ist eingebettet in den Pflegequalitätstest (PQT) des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in Bayern (MDK Bayern). Die Methode der Fallrekonstruktion wird im PQT in neun weiteren in der Altenpflege relevanten Prüfbereichen angewandt.

## **2.3 Der Pflegequalitätstest (PQT) des MDK Bayern als Auditrahmen für den LQ-Index**

Im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände (ARGE) hat sich der MDK Bayern 2003 zum Ziel gesetzt, das Konstrukt der Wirksamkeit der Pflege zu definieren und ein Prüfverfahren zu entwickeln, das seinen Schwerpunkt auf die Ergebnisqualität beim Bewohner und auf die Vergleichbarkeit und Transparenz der Leistungen setzt. Die Leistungen, die tatsächlich beim Bewohner

ankommen, stehen dabei im Mittelpunkt. Die Auswahl und die Definition der neun Prüfbereiche<sup>16</sup> und der Prüffragen erfolgten im Konsens mit den Fachvertretern der Leistungserbringerverbände und wurden vom MDK Bayern unter Berücksichtigung aktueller Erkenntnisse und Erfahrungen mit dem Instrument modifiziert. Der PQT ist inzwischen erprobt und durch eine Prüfanleitung unterstützt. Die geplante und wissenschaftlich begleitete Stichprobenerhebung gewährleistet die Repräsentativität und Vergleichbarkeit der Ergebnisse. Die seit 2004 geprüften Einrichtungen liefern bereits eine Datenbasis, die ein Benchmarking ermöglichen. Aufgrund der Föderalismusreform und der Regelung des Heimgesetzes auf Länderebene, besteht nun seit 03.07.2008 in Bayern die Option laut bayerischem Pflege- und Wohnqualitätsgesetz, Abschnitt 2, Art. 11 Abs. 4 (vgl. Bayr. Landtag 2008) nach erfolgreich<sup>17</sup> bestandenem Pflegequalitätstest die Heimnachscha durch die Heimaufsicht für bis zu drei Jahren auszusetzen (Ausnahme Träger- und Leitungswechsel, Beschwerden). Aufgrund der gesetzlichen Verankerung der Prüfung und der voraussichtlich breiteren Anwendung des Pflegequalitätstests, wird die Validierung des Instruments unter wissenschaftlicher Begleitung angestrebt. MDK-intern wird dazu das in dieser Arbeit beschriebene Forschungsprojekt angestoßen, um insbesondere die in einem ersten wissenschaftlichen Gutachten kritisierte Konstruktvalidität zu verbessern. Dazu soll die Perspektive des Bewohners als wesentliche Qualitätsdimension im LQ-Index genauer erfasst werden. Im PQT-Audit wird die Methode der kollegialen Fallrekonstruktion angewandt, die auch im LQ-Index umgesetzt werden soll. Nach Ummel werden im Rahmen von Fallrekonstruktionen drei Aspekte der Qualitätssicherung erfüllt, die empirisch-analytische Integration von Theorie und Praxis, die komplexitätsbewahrende, kollegial-supervisorische Prüfung professionalisierten Handelns und die Intervention in Krisen professioneller Praxis durch Hilfe zur Selbsthilfe (Ummel 2005:8). Nebenbei entwickelt sich ein „Fundus über Praxis-Probleme und deren Lösungsmöglichkeiten“ (ebda:8), der durch die Prüfer, die sich in den Einrichtungen verschiedenster Träger bewegen, zum Nutzen aller ausgeschöpft werden kann. Der PQT ermöglicht somit nicht nur den Heimvergleich auf der Basis repräsentativer Daten, sondern darüber hinaus das Lernen von den Besten. Damit sich der Heimvergleich und der Lernprozess aber auch auf die Perspektive des Bewohners erstreckt, ist das Prüfinstrument um die Dimension der individuellen Wahrnehmung des alltäglichen Lebens im Heim zu erweitern. Dem LQ-Index und seinen Items muss dabei eine pflegewissenschaftlich fundierte Definition von Lebensqualität zugrunde gelegt werden. Auditor und Bezugspflegerperson müssen sich im Reflexionsprozess darüber einig sein, was sie unter dem Konstrukt „Lebensqualität“ verstehen.

---

<sup>16</sup> Körperpflege und Kleidung, Kontinenzförderung, Ernährung/Flüssigkeitsversorgung, Mobilitätsförderung, Dekubitusrisiko, Soziale Teilhabe, Herausfordernde-selbstgefährdende Verhaltensweisen/Freiheitsentziehende Maßnahmen, Schmerzmanagement

<sup>17</sup> erreichte Qualitätsstufe mindestens im Bereich der aktivierenden Pflege, entspricht einem Gesamtergebnis im PQT von mindestens 5,0 Punkten bei maximal 10 möglichen Punkten

### 3. Was ist überhaupt Lebensqualität?

Die Lebensqualität des Einzelnen ist „alles das, was sein Leben schön macht“ (LapK 2007:4).

Die individuell vom Bewohner erfahrene Lebensqualität und seine Deutung der Situation im Heim sind als subjektiv erlebte Konstrukte abzugrenzen von dem Begriff der Zufriedenheit (Konstrukt in der Kurzzeitpflege, Kundensicht in umfassenden Qualitätsmanagementmodellen) und von dem originär psychologischen Konzept „Wohlbefinden“ („well-being“). Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit werden häufig synonym für Lebensqualität verwendet. Die Lebensqualität (LQ) ist aber als ein Konzept der Moralphilosophie und der klassischen Ethik (z. B. Nikomachische Ethik von Aristoteles) aufgrund ihrer Dynamik und Multidimensionalität davon abzugrenzen. Das Konzept des „Wohlbefindens“ wird gerne als das universale Ziel der Pflege gesehen. In der Literatur wird Wohlbefinden manchmal als Voraussetzung für Lebensqualität (vgl. MacKeigan/Pathak 1992, Schnabel/Schönberg 2004, Cella/Tulsky 1990) oder als „Ausdruck der subjektiv empfundenen Lebensqualität“ (Bartholomeyczik et al. 2006:29) beschrieben. Wohlbefinden wird definiert auf der psychischen Ebene, als Balance zwischen positiven und negativen Gefühlszuständen oder als die Erfahrung von Gefühlen in einem Zeitraum. Auf der physischen Ebene bedeutet Wohlbefinden aktuelle positive körperliche Empfindung (vgl. Schumacher/Klaiberg/Brähler 2003). Wohlfahrtssurveys aus soziologischer Sicht betrachten das Verhältnis von LQ und subjektivem Wohlbefinden, wobei LQ hauptsächlich über objektiv beobachtbare Lebensumstände definiert wird (vgl. Glatzer 1992). Aus gesamtgesellschaftlicher Sicht ist die Verteilung von Glück und Zufriedenheit „ziemlich stabil“ (Glatzer 1992:78), während das subjektive Wohlbefinden, vom Individuum her betrachtet, häufigen Änderungen unterliegt (ebda). Deshalb ist es um so wichtiger Erhebungsinstrumente zu entwickeln, die diese subjektive Erfahrung des Individuums angemessen erfassen und einen Verlauf darstellen können.

Das Konzept der Bewohnerzufriedenheit<sup>18</sup> schließt andere, für den Bewohner wichtige Aspekte seines Lebens und Wohnens im Heim im Sinne einer umfassenden Lebensqualität (LQ) aus (vgl. Rubinstein 2000). Es dominieren Kategorien, die für die Profession wichtig sind, aber nicht unbedingt für den Bewohner als Person, die ihren Lebensmittelpunkt mehr oder weniger freiwillig im Pflegeheim hat. Nach Rubinstein spielen eher „personenbezogene Kategorien“ für das Leben im Heim eine wichtige Rolle. Dazu zählen die persönliche Identität, die Biographie, die sozialen Beziehungen, die Lebenserfahrung und die Bedeutungszuschreibungen, also um mit Rubinstein zu sprechen, das ganze System der persönlichen Bedeutungszuschreibungen, das „system of personal meaning“. Aus dieser Definition wird deutlich, dass LQ wesentlich umfassender zu verstehen ist als „Wohlbefinden“ und „Zufriedenheit“. LQ ist der eigentliche Gehalt des täglichen Lebens im Heim, von Rubinstein treffend als „stuff of everyday life“ bezeichnet, der hinter der dominierenden krankheitsorientierten pflegerischen Versorgung oft verschwindet (Rubinstein 2000:19). Bewohnerzufriedenheit kann nach Rubinstein nur verstanden werden,

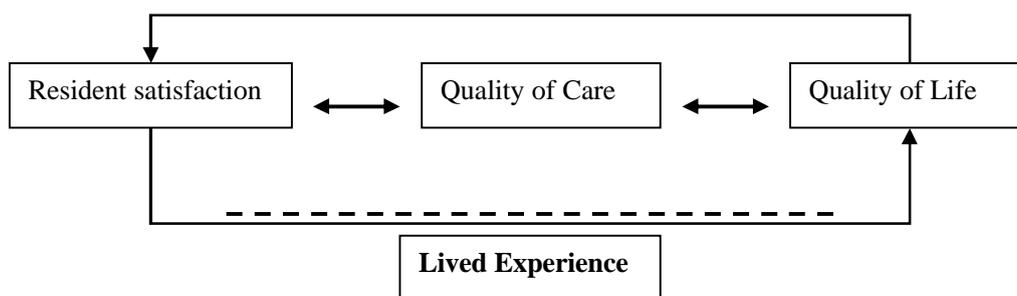
---

<sup>18</sup> Die „Person“, die hinter dem Konzept der „Bewohnerzufriedenheit“ steckt, ist die Sichtweise des Bewohners als Konsument in einer annähernd symmetrischen Beziehung mit dem Dienstleister. Das Konzept stammt ursprünglich aus der Akut- und Krankenhauspflege (vgl. Rubinstein 2000).

wenn man weiß oder zumindest eine Ahnung davon hat, was der Bewohner über sich selbst denkt, warum er im Heim ist, was er dort macht und was der Heimaufenthalt in Bezug auf die individuelle Lebensgeschichte bedeutet:

„It is difficult to understand resident satisfaction in the nursing home when we may lack any systematic or particularized understanding of what nursing home residents believe themselves to be doing in the nursing home. That is, what are their own explanations, understandings and evaluations of why they are there? What does nursing home residence mean in terms of each person’s life history?“ (Rubinstein 2000:16)

Die verschiedenen Aspekte der Qualität im Heim bildet Rubinstein in seinem Modell des umfassenden Qualitätsmanagements (vgl. Abb. 1) ab. Die verschiedenen Qualitätsdimensionen (Bewohnerzufriedenheit, Pflegequalität, Lebensqualität) werden in Beziehung zueinander gesetzt und ergänzen sich zu einer gelebten Alltagserfahrung, „lived experience“.



**Abb.1 Total Quality Management Possible Model of Relationship (Rubinstein 2000:23)**

Dieses TQM-Modell wird dem LQ-Index zugrunde gelegt. Hinter dem Begriff „Lebensqualität“ steht ein umfassendes Konzept der Person, wie es im Metaparadigma der Pflegewissenschaft (Fawcett 1996:25) verankert ist. „Person“ wird hier als bio-psycho-soziales Wesen verstanden, das als Einheit eingebunden in einem System (Umwelt) nach Gleichgewicht und Gesundheit strebt. Gesundheit wird in den Pflegemodellen in der Regel umfassender als die reine Abwesenheit von Krankheit verstanden (vgl. Fawcett 1996) und schließt Aspekte der Lebensqualität ein. Ab Mitte der 70 er Jahre interessiert sich die Medizin an der „Quality of Life (QoL)“ als einen wichtigen und messbaren Outcome-Parameter für therapeutische Maßnahmen (MacKeigan/Pathak 1992:2236). 1979 wird «quality of life» als ein Index im Medicus akzeptiert (Meier 1995:43). Ein Grund für die Konzentration auf die LQ als wichtigen Outcome-Parameter in der Medizin war die zentrale Frage von «third-party-payers»: «[...] what was done *for*<sup>19</sup> the patient (in terms of outcomes) as much as what was done *to* the patient (in terms of the process of care).» (ebda). Dahinter steht ein Konsumentenken, das die aktive Stimme des Patienten/Konsumenten, der über seine Therapie entscheidet, in den „Produktionsprozess“ einbezieht. QOL wird sogar als “final health

<sup>19</sup> Kursiv-Schreibweise im Original

outcome“ (ebda:2237) sozusagen als letzte Bewertungsinstanz für die Nützlichkeit einer Therapie gesehen. Die Medizin will sich dabei wieder verstärkt auf die Person und nicht auf die Krankheit konzentrieren (ebda:2237). Diese Humanisierung der zunehmend technologisierten Medizin verfolgt dabei aber eine Patientenrolle, die den Therapierten als autonom entscheidenden Konsumenten sieht. Diese aktive Rolle können aber viele Altenheimbewohner aufgrund ihrer sensomotorischen und kognitiven Einschränkungen nicht mehr übernehmen. Durch die Ausrichtung der Ressourcenallokation und der Therapieentscheidung an den Ergebnissen von Lebensqualitätsmessungen (QUALYs<sup>20</sup>) sind ethisch fragwürdige oder zumindest differenziert zu beleuchtende Situationen in der Gesundheitsökonomie entstanden. Insbesondere beim Einsatz von Instrumenten zur LQ-Erhebung mit normativ gesetzten sog. „objektiven Kriterien“ eröffnet sich die Frage: Wer darf die relevanten Bereiche überhaupt festlegen, die den Wert bzw. den Sinn eines Lebens bestimmen und über den Zugang zu Therapien bzw. Medikamente entscheiden? Jedes Leben kann lebenswert sein für denjenigen, der es lebt (Häyry 1999:12). Bereits zwei Drittel der pharmazeutischen Unternehmen verwenden LQ-Messungen in ihren klinischen Studien (ebda:2239). Wie viele Altenheim-Träger berücksichtigen aber die Lebensqualität als ein umfassendes Konstrukt der Perspektive des Bewohners bei ihren Outcome-Messungen? Meist wählt man den bequemeren Weg der Zufriedenheitsbefragung von Angehörigen, um sich die Angemessenheit und Qualität der eigenen Leistung bestätigen zu lassen. Jedoch kann nur der Bewohner selbst als „Experte seiner eigenen Biographie“ (Karotsch 1997:37) definieren, welche Dinge für ihn das Leben lebenswert und sinnvoll machen, auch wenn krankheitsbedingte Einschränkungen den Lebensmut reduzieren. Die Dimensionen, in denen sich diese für die LQ wichtigen Dinge bewegen, sind so mannigfaltig wie die Menschen selbst. Da der Verlust des Lebenssinns einen negativen Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlergehen des Individuums (vgl. Meier 1995, Antonovsky 1979) hat, ist die Lebensqualität nicht nur aus ethischen Gründen sondern auch in gewisser Weise aus gesundheitsförderlichen Gründen im Pflegeprozess zu berücksichtigen.

Eine allgemein akzeptierte Definition der Lebensqualität existiert nicht (Meier 1995:44). Vielmehr wird in der Literatur LQ beschrieben als ein komplexes, multidimensionales, subjektives, höchst individuelles und dynamisches Konstrukt (vgl. Carr/Higginson 2001, Diener/Suh 1999, Joyce 1991, Kruse 2005, Oppikofer 2008, Svensson 1991) auf verschiedenen Ebenen (vgl. Sutherland/Till 1993): 1. Makroebene (große Populationen, gesamte Bevölkerung) 2. Mesoebene (spezifische Populationen, Zielgruppen z.B. Hypertoniepatienten) und 3. Mikroebene (Individuum in seinem klinischen Kontext). Die Bestimmungsfaktoren von LQ sind soziale Indikatoren, individuelle Erwartungen, persönliche Werte und Lebenserfahrungen (Diener/Suh 1999:277). Durch die höchst subjektive Prägung dessen, was als LQ

---

<sup>20</sup> **QUALYs** (Quality Adjusted Life Years) Beeinflussung der Lebensqualität durch Krankheit, Behinderung, Therapie und Politik « [...] it can be defined as the value assigned to the duration of life as modified by the *social opportunities, perceptions, functional states, and impairments* that are influenced by disease, injuries, treatment or policy.» (Joyce 1991:14)

empfunden wird und wie LQ vom Einzelnen beurteilt wird, ist die Bewertung differenziert aus der Sicht der Person in ihrer Einzigartigkeit vorzunehmen.

Die Bewertung kann auf der Grundlage des globalen Ansatzes (LQ wird dabei ganzheitlich betrachtet und kann durch die Beantwortung einer einzigen Frage beurteilt werden) oder des multidimensionalen Ansatzes (Bewertung verschiedener Lebensbereiche) erfolgen. Der monothetische Ansatz steht im Gegensatz zum idiographischen Ansatz davon aus, dass ein allgemeingültiges Set von Dimensionen der Lebensqualität bei allen Individuen vorausgesetzt (normative Setzung) werden kann. Er steht im Widerspruch zur Subjektivität und Multidimensionalität des Konzeptes. Studien der Lebensqualitätsforschung zeigen, dass Bewohner ihre Lebensqualität stärker über «weiche», subjektive Faktoren («Wohlbefinden») definieren als beispielsweise über den «harten» Faktor «Gesundheit» (Schnabel/Schönberg 2004:179). Allerdings gehen Erhebungsinstrumente für die gesundheitsbezogene LQ (SIP und SF-36) meist von einem externen, gesundheitsbezogenen Wertesystem aus (Neudert et al. 2001:103) und reflektieren deshalb nicht die individuelle Wahrnehmung und Erfahrung der Patienten. Die „Top-down Faktoren“, d. h. die äußeren, objektiv beobachtbaren Lebensumstände beeinflussen weniger als 20 % das subjektive Wohlbefinden (Diener/Suh 1999:278). Wichtigster Einflussfaktor für die LQ ist die Persönlichkeit (Diener/Suh 1999:279) und ihr Umgang mit sich verändernden Lebensumständen (individuelle Coping-Strategien).

Dem LQ-Index soll deshalb ein idiographisches Verständnis zugrundegelegt werden, das LQ als ein subjektives Konzept mit individuellen, einzigartigen Dimensionen betrachtet und nicht über sog. „objektive Parameter“ gemessen werden kann. Der Bewohner wird auf der Mikroebene als „Experte seiner eigenen Biographie“ (Karotsch 1997:37) betrachtet und definiert selbst die ihm wichtigen Dinge im Leben, die für ihn das Leben lebenswert und sinnvoll machen, auch wenn krankheitsbedingte Einschränkungen den Lebensmut reduzieren. LQ wird im LQ-Index sowohl als globales als auch als multifaktorielles Konstrukt verstanden. Lebensqualität als ein globales Konzept (*quality of life*) wird intuitiv verstanden, das über die verschiedenen Lebensphasen hinweg (Dynamik des Konstrukts) unterschiedlich bewertet wird (Svensson 1991:257). Nach Svensson kann LQ aber nicht mit einer einzigen Frage gemessen werden. Vielmehr können einzelne wichtige, Sinn gebende Dinge („*qualities in life*“, *cues*, *Lebensqualitätsaspekte oder -bereiche*) die LQ bestimmen und das Leben genießen lassen (Svensson 1991:257, Joyce 1991). Diese Lebensqualitätsaspekte verhelfen uns zu einer besonderen Zufriedenheit, können uns aber auch am meisten verletzen. Sie sind individuell bedeutungsvoll, abhängig von früheren Erfahrungen und von Erwartungen, was in diesem Bereich in Zukunft noch passieren soll. „It means so many different things to so many different people“ (Cella/Tulsky 1990:30). Neben Bereichen, die vielen Personen als wichtig erscheinen gibt es Bereiche, die nur wenige Personen als wichtig einschätzen oder die gar einzigartig sind. Bei vorstrukturierten Fragebögen zur Lebensqualität können diese Bereiche ausgeblendet werden. Wenn der Bewohner selbst nicht mehr in der Lage ist, diese

für ihn ganz persönlich wichtigen Lebensqualitätsaspekte zu äußern und einzufordern, müssen diese aus seiner Perspektive definiert werden, so wie er sie vermutlich wahrnimmt (*mutmaßliche Lebensqualitätsaspekte*<sup>21</sup>). Diese Definitionen beruhen auf Informationen aus der Umwelt des Bewohners oder auf der Beobachtung von Reaktionen des Bewohners. Sie sind als Annahmen oder Hypothesen zu verstehen, die es immer wieder zu überprüfen gilt, denn die individuell wichtigen Lebensbereiche können sich im Laufe des Lebens ändern (Svensson 1991:270), insbesondere wenn wichtige Lebensereignisse eintreten (Dynamik des LQ-Konzeptes). LQ ist eine individuelle Einschätzung und Bedeutungszuschreibung- dies soll nach Svensson aber nicht die sozionormativen Faktoren der LQ ausschließen (Svensson 1991:258). Ein solcher externer Faktor wäre z. B. wie bei Pflegebedürftigkeit die Lebensqualitätsaspekte vom Unterstützungssystem berücksichtigt werden. Einschränkungen in wichtigen Lebensbereichen können durch Coping-Strategien und Kompensation ausgeglichen werden, sodass die insgesamt empfundene LQ erhalten bleibt (ebda:259). Der LQ-Index ist ein Teil dieses externen Unterstützungssystems.

Die in diesem Kapitel zugrunde gelegte Definition des Konstruktes „Lebensqualität“ macht deutlich, dass individuelle Kommunikationsprozesse zwischen Bewohner und Pflegenden notwendig sind, um die Situationsdeutung, wie der Bewohner sein Leben im Heim sieht, und das subjektive Erleben durch den Bewohner zu erfassen. Aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen ist die Fähigkeit der Altenheim-Bewohner Empfindungen, Prioritäten und Wünsche zu äußern oft eingeschränkt. Das Verstehen von Äußerungen der Bewohner durch die Pflegenden kann ebenfalls blockiert sein z. B. durch Stigmatisierung (vgl. Bräutigam et al. 2005), krankheitsorientierte-medizinische Sichtweise der Bewohnersituation oder mangelnde Empathie. Insgesamt ergeben sich daraus kommunikativ schwierige Situationen (vgl. Behrens/Zimmermann 2006b), die ihre Ursache sowohl beim Bewohner als auch bei den Bezugspflegepersonen haben können. Es handelt sich dabei nicht nur um ausschließlich technische „Übertragungsprobleme“ (ebda), sondern vielmehr um unterschiedliche Deutungen der Situation aufgrund unterschiedlicher Lebenswelten<sup>22</sup>. Verständigungsproblemen wird häufig über Surrogatbefragungen z. B. von Angehörigen zur Lebensqualität, meist zur Zufriedenheit, ausgewichen. Geht man aber bei der LQ von einem subjektiven, höchst individuellen Konstrukt aus, so kann die Wahrnehmung derselben durch den Bewohner nicht ersetzt werden (vgl. Kane/Kane 1988, Lavizzo-Mourey 1992, Uman et al. 2000). Demenzkranke und in der Kommunikation eingeschränkte Bewohner sind in besonderer Weise bei der Unterstützung in der Entwicklung ihrer Lebensqualität zu

---

<sup>21</sup> Wenn die Person selbst sich nicht mehr zu der Frage der Lebensqualität äußern kann, werden nach einer sorgfältigen Informationssammlung Annahmen zu den LQ-Aspekten getroffen. In Anlehnung an den juristischen Begriff des „mutmaßlichen Willens“ werden diese dann als „mutmaßliche LQ-Aspekte“ im LQ-Index formuliert und im Pflegeprozess berücksichtigt. Solange bis neue Informationen zu anderen Annahmen führen.

<sup>22</sup> Konzept „Lebenswelt“: „Reservoir von Selbstverständlichkeiten oder unerschütterten Überzeugungen, welche die Kommunikationsteilnehmer für kooperative Deutungsprozesse benutzen.“ (Habermas 1995b:189) „kulturell überlieferten und sprachlich organisierten Vorrat an Deutungsmustern“ (ebda)

berücksichtigen. Dazu zählt auch, dass sie bei Befragungen und Qualitätserhebungen mit Hilfe von angepassten Instrumenten direkt einbezogen werden (vgl. Schnabel 2005).

#### **4. Demenzkranke und in der Kommunikation eingeschränkte Bewohner als Anspruchsgruppe ernst nehmen**

Alzheimer Patienten und Personen mit Altersdemenz stellen in den Heimen stark vertretene Anspruchsgruppen dar, die bei der Qualitätsbeurteilung nicht nur „einkalkuliert“ (Kühn/Porst 1999:18), sondern als Zielgruppe spezifisch befragt oder in kommunikativ schwierigen Situationen auf andere Weise (z.B. durch Beobachtung) direkt berücksichtigt werden müssen. Bei diesem Personenkreis ist die ohnehin schon asymmetrisch angelegte Kommunikation (vgl. Behrens/Langer 2006, Höhmann 2006) zusätzlich erschwert durch teilweise völlig unterschiedliche Lebenswelten, die den Zeithorizont verschwimmen lassen. So kann sich ein an Demenz erkrankter Bewohner in seiner Realität im Jugendalter befinden und völlig verständnislos auf Hilfsangebote reagieren. Dennoch haben die mit dieser Lebenswelt verbundenen Lebensentwürfe und Prioritäten absolute Gültigkeit und müssen sowohl im Pflege- und Aushandlungsprozess als auch in der Qualitätsbeurteilung der pflegerischen Leistung uneingeschränkt berücksichtigt werden.

„Aber Qualitätsmanagement mit seinen im besten Fall auf externer Evidence basierenden Leitlinien und Standards darf nie vergessen, dass pflegerische Problem(an)erkennungen und Entscheidungen nur im Arbeitsbündnis mit dem individuellen Pflegebedürftigen- im Respekt vor der Autonomie seiner Lebenspraxis - zu erarbeiten sind. Sonst wird Qualitätsmanagement und Qualitätsevaluation zur Gefahr für Qualität“ (Behrens/Langer 2006:292).

Verständnis- und Verständigungsprobleme können durch die Einbindung von Bezugspersonen als „Dolmetscher“ (gleicher Wortschatz, gleiche Kommunikationsregeln) reduziert werden (Kühn/Porst 1999:19). Die „gatekeeper-Rolle“ (Kelle/Niggemann 2003:8) des Pflegepersonals bei der Auswahl der zu befragenden Bewohner kann als „Öffner“, aber auch als „Blockade“ ausgeübt werden. Deshalb ist bei der Erhebung von subjektiv empfundenen Qualitätsdimensionen wie der LQ der Bewohner unabhängig von der Einschätzung der Pflegenden einzubeziehen. Durch die Anwesenheit eines Vertreters des Heims kann ebenso ein gewisser Zwang auf die Beantwortung von Fragen ausgeübt werden (vgl. Kelle/Niggemann 2003). Oft bestehen Ängste hinsichtlich Repressalien bei der Äußerung von Beschwerden und Unzufriedenheit mit dem Heim bzw. mit den Leistungen. Wiederum ist der Auditor aber oft auf die Dolmetscherfunktion der Bezugspflegeperson angewiesen. Ein Prüfinstrument und dessen Prüfanleitung müssen solche ethischen und hinsichtlich der Autonomie des Bewohners relevanten Fragen aufgreifen. Der Verlust der Durchführungsautonomie (Autarkie) durch physische, psychische oder kognitive Einschränkungen begründet einen verstärkten Schutz der Entscheidungsautonomie (vgl. Collopy 1988, Leibl 2001). Die Pflege nimmt hier ihre „Anwaltsfunktion“ für den Bewohner wahr. Nach Collopy gibt es spezifische Bereiche der Autonomie, in denen ältere Hilfebedürftige schneller eingeschränkt werden,

dazu zählt insbesondere die Entscheidungsfreiheit in der Gestaltung des täglichen Lebens. Hier trägt die Pflege eine besondere Verantwortung, stellvertretend *mutmaßliche LQ-Aspekte* des Bewohners im Pflegeprozess zu berücksichtigen. Die so verstandene „positive autonomy“ (Kane 1991:318) beruht im Wesentlichen auf das Verstehen der Lebenswelt der pflegebedürftigen Person und soll mit dem LQ-Index unterstützt werden.

Mit Verständigung ist die „Einigung der Kommunikationsteilnehmer über die Gültigkeit einer Äußerung“ (Habermas 1995b:184) gemeint. Dies setzt voraus, dass insbesondere bei demenzkranken Bewohnern diese Gültigkeit nie angezweifelt, sondern als in der Lebenswelt des Bewohners wahrhafte und gültige Äußerung anerkannt wird. Das Verstehen der Lebenswelt ist die Voraussetzung für das Erkennen der Dinge, die dem Bewohner für seine Lebensqualität wichtig sind (Lebensqualitätsaspekte). Die Kommunikation wird im LQ-Index mit einem hermeneutischen Ansatz des Sinnverstehens beleuchtet, was die „Aufnahme einer *intersubjektiven Beziehung*“ voraussetzt (Habermas 1995a:164). Damit ist sowohl die Beziehung zwischen Bezugspflegerperson und Bewohner als auch die Beziehung und der Dialog zwischen externem Auditor und Bezugspflegerperson gemeint. Um auch unverständlich erscheinenden Texten/Äußerungen Geltung zu verschaffen, ist folgende Grundhaltung zu entwickeln:

„Der Interpret versteht also die Bedeutung eines Textes in dem Maße, wie er einsieht, warum sich der Autor berechtigt fühlt, bestimmte Behauptungen (als wahr) aufzustellen, bestimmte Werte und Normen (als richtig) anzuerkennen, bestimmte Erlebnisse (als wahrhaftig) zu äußern“ (Habermas 1995b:190).

Dabei muss der „Interpret“ unterstellen, dass die für ihn unzulänglich erscheinende Äußerung, für den Sender in seiner Lebenswelt durchaus vernünftig und begründbar ist (Habermas 1995b:192). Konsens ist nur möglich, wenn der Hörer die „*Wahrheit einer Behauptung*“ nicht nur akzeptiert, sondern gleichzeitig auch die „Wahrhaftigkeit des Sprechers“ und die „normative Angemessenheit seiner Äußerung“ (Habermas 1995b:184f) ohne Zweifel lässt. Das bedeutet, dass Erleben und persönliche Erfahrungen, unabhängig von der kognitiven Leistungsfähigkeit, rein subjektiv und immer als wahrhaftig anzuerkennen sind. Der externe Auditor schaltet sich im LQ-Index in diesen Kommunikationsprozess als Beobachter ein und muss wiederum als „Interpret“ (ebda:191) sowohl die Lebenswelt des Bewohners als auch die Arbeitswelt der Pflegenden verstehen. Er rekonstruiert und beurteilt, ob der „Hörer“, hier die Pflegenden, die „Wahrhaftigkeit des Sprechers“ bzw. des Bewohners anerkennt und seine Äußerungen im Pflegeprozess berücksichtigt. Dies kann der Auditor nur annähernd leisten, indem er kommunikative Situationen rekonstruiert und auf Basis möglichst vieler Informationsquellen (Pflegefachgespräch, Pflegedokumentation, Gespräch mit und Beobachtung beim Bewohner) analysiert und beurteilt. Behrens/Zimmermann operationalisieren die Grundannahme der « Wahrhaftigkeit des Sprechers », indem sie feststellen, dass mangelnde Geschäftsfähigkeit das « Autonomiebedürfnis » keineswegs herabsetzt (Behrens/Zimmermann 2006b:169). Eine Feststellung, deren Bedeutung in der Pflegepraxis nicht genug herausgestellt werden kann. Immer wieder trifft der Auditor auf die Auffassung bei Pflegenden, dass

Personen, die an Demenz leiden und sich sprachlich nicht mehr verständlich machen können und unter gesetzlicher Betreuung stehen, auch keinen freien Willen mehr haben. Diese Haltung ist ethisch bedenklich und keinesfalls als professionell zu bezeichnen. Pflegebedürftige Personen in kommunikativ schwierigen Situationen brauchen von den Pflegenden besondere Aufmerksamkeit, um ihre „kommunikativen Signale verstehen zu lernen“ (Behrens/Zimmermann 2006b:168). Dies setzt eine kontinuierliche Beziehung zwischen Pflegenden und Bewohner voraus. „Störung der gegenseitigen Wahrnehmung“ müssen erkannt und systematisch behandelt werden, indem „Verstehenskontrollen“ durchgeführt werden (ebda). Der Auditor kann selbst die kommunikativen Signale des Bewohners nur sehr eingeschränkt deuten (kennt den Bewohner zu wenig, erlebt den Bewohner nur kurzzeitig in der Prüfungssituation) (vgl. Kähler 2008). Er kann aber mit der Bezugspflegeperson reflektieren, ob Signale auf der Basis der Lebensgeschichte und der Pflegebeziehung verstanden werden und somit als Spiegel bei der Verstehenskontrolle fungieren. Die Pflegenden und der Prüfer machen dabei einen „Spagat zwischen gesellschaftlich-organisatorischem >Programm< (z. B. vorgegebene Qualitäts-Prüfkriterien), organisiertem Berufssystem sowie den individuellen Bedingtheiten, dem Wissenskörper, den Motiven und Weltansichten der Akteure, also ihren Lebenswelten“ (Hömann 2006:23).

Das Erleben und die persönlichen Erfahrungen sind unabhängig von der kognitiven Leistungsfähigkeit rein subjektiv und als wahrhaftig anzuerkennen. Psychisch veränderte Menschen können zwar oft ihre Bedürfnisse oder ihre Zufriedenheit nicht mehr artikulieren oder einfordern oder sie „verstehen die Sprache der Dienstleistenden nicht mehr“ (Karotsch 1997:40), aber ihre gefühlsmäßigen Erfahrungen sind empathisch wahrzunehmen und im Pflegeprozess als wahrhaftig und prioritär zu berücksichtigen. Im Audit darf nicht nur *über* die Betroffenen geredet werden, sondern muss *mit* ihnen geredet werden (vgl. BMBF 2005). Die Übersiedlung ins Heim bedeutet häufig den vollständigen Bruch mit dem bisherigen Leben und führt nach Karotsch zu einer „Verarmung und Verödung des Alltags“ (Karotsch 1997:39). Die Anerkennung der Person und ihrer individuellen Lebenswelt als „gesellschaftlicher Auftrag der Pflege“ kann nach Hömann helfen, die strukturelle Asymmetrie der Beziehung zwischen beruflich Helfenden und Hilfebedürftigen als „systematische berufliche Leistung“ auszubalancieren (vgl. Hömann 2006). Der Unterschied zwischen den professionell Pflegenden und dem pflegebedürftigen Menschen liegt in der „Betroffenheit“ (vgl. Behrens/Langer 2006:55). Die Erfahrung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit berührt den Menschen existenziell und kann als Bedrohung, die mit Angst verbunden ist, empfunden werden. Durch diese persönliche Betroffenheit, verbunden mit einer ungleichen Ressourcenverteilung, ist die Pflegebeziehung von Grund auf asymmetrisch und nicht ausbalanciert hinsichtlich der Machtverteilung. Nicht zuletzt deshalb ist das Konstrukt der „Zufriedenheit“ nicht ausreichend, denn es setzt voraus, dass der Bewohner als Kunde bzw. Konsument bewusste und informierte Entscheidungen trifft (vgl. Karotsch 1997, Rubinstein 2000).

Somit ist es eine methodische Herausforderung, aber auch eine ethische Verpflichtung Heimbewohnern, deren Kommunikation unverständlich erscheint, in die Begutachtung von Lebensqualität einzubeziehen. Insbesondere weil mit zunehmender Evidenz davon auszugehen ist, dass Kommunikationsschwierigkeiten die subjektiv empfundene Lebensqualität negativ beeinflussen (Oppikofer 2008:10). Die Frage, *wie* die Lebensqualität durch externe Qualitätsbewertung z.B. durch den Medizinische Dienst der Krankenversicherung überhaupt erfasst werden kann, ist handlungsleitend für die Formulierung des Forschungsproblems und die Entwicklung der Methodik.

## **5. Formulierung des Forschungsproblems**

Lebensqualität als komplexes, multidimensionales und subjektives Konstrukt (Joyce 1991, Svensson 199, Cella/Tulsky 1990) ist ja nicht wie ein Zustand durch den externen Beobachter normativ vorzuschreiben. Vielmehr muss ein Auditinstrument zur Beurteilung der Pflegequalität in der Lage sein, die Verwirklichung individuell definierter Lebensqualitätsaspekte<sup>23</sup> im Pflegeprozess zu beurteilen. Im Mittelpunkt des Audits steht dabei die individuelle Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation durch den Bewohner. Ein solches Instrument zusammenzustellen und in ersten Teilaspekten seiner Durchführbarkeit und Aussagefähigkeit zu testen, ist deshalb das Ziel dieser Arbeit.

*Wie können wir mehr Bewohner auch in kommunikativ schwierigen Situationen bei der Qualitätserhebung und –beurteilung direkt berücksichtigen und dabei valide Informationen hinsichtlich der Lebensqualität als eine wichtige Dimension der Ergebnisqualität erhalten? Und wie können wir das in dem gegebenen Zeit- und Kostenrahmen leisten?*

Der externe Gutachter soll dabei nicht direkt die subjektiv empfundene LQ beurteilen, sondern inwiefern die einzigartigen LQ-Aspekte in der Pflegeanamnese erhoben und im Pflegeprozess systematisch berücksichtigt werden. Der hier entwickelte LQ-Index soll als internes und externes Audit-Instrument angewandt werden können. Der Fokus ist dabei systematisch auf die LQ zu lenken. Dabei wird LQ umfassend und nicht ausschließlich gesundheitsbezogen verstanden (vgl. Kapitel 3). Der LQ-Index muss ganz individuelle Definitionen und Dimensionen der LQ zulassen und darf keine normative Setzung von LQ-Aspekten vorgeben. Bewohner, die selbst noch in der Lage sind, ihre LQ einzuschätzen müssen dazu die Gelegenheit bekommen (Häyry 1999:18). Der LQ-Index sieht deshalb ein Selbsteinschätzungsverfahren, den SEIQoL<sup>24</sup>, vor.

---

<sup>23</sup>die Dinge, die für den Einzelnen Lebensqualität ausmachen, „qualities in life“ (Svensson 1991), „cues“ (Meier 1995), „Komponenten der Lebensqualität“ (Behrens/ Zimmermann 2006b:171)

<sup>24</sup> O’Boyle CA, McGee HM, Hickey A, Joyce CRB, Browne JP, O’Malley K, Hiltbrunner B: The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL): Administration manual. Royal College of Surgeons in Ireland. 1993

Durch die zusätzliche indirekte Erhebung von subjektiv definierten LQ-Aspekten (z. B. mit Hilfe der Biographie, der Beobachtungen der Bezugspflegeperson) ermöglicht der LQ-Index jedoch eine Beurteilung der LQ insbesondere bei Bewohnern in kommunikativ schwierigen Situationen (vgl. Behrens 2005). Der LQ-Index bietet den Bezugspflegepersonen die Möglichkeit, die pflegerischen Interventionen vor dem Hintergrund der subjektiv empfundenen LQ zu reflektieren und die Entwicklung von LQ im Heim aktiv zu unterstützen. Kann der Bewohner selbst diese Aspekte nicht mehr formulieren, so wird im Audit beurteilt, ob mit Hilfe verschiedener Quellen (z. B. Biographie des Bewohners, Informationen von den Angehörigen, persönliche Gegenstände) und Methoden (z. B. Beobachtung des Bewohners) die Bezugspflegeperson eruiert hat, was für den Bewohner hinsichtlich seiner LQ bedeutungsvoll sein könnte (*mutmaßliche Lebensqualitätsaspekte*). Die Bezugspflegeperson wird bei diesem Verfahren als Expertin für die Deutung der Situation des Bewohners gesehen, wobei der Auditor als Experte der Prozessbegleitung, -reflexion und -beurteilung die Grundlagen dieser Situationsdeutung kritisch beleuchtet und damit die professionelle Beziehungsarbeit methodisch unterstützt. Zur Validierung der entwickelten Prüf-Items war folgende Frage zu beantworten:

**Inwieweit kann ein hinreichender Zusammenhang zwischen LQ-Index (Berücksichtigung der individuellen LQ-Aspekte im Pflegeprozess) und dem SEIQoL-Index (Selbsteinschätzung der subjektiv empfundene Lebensqualität durch den Bewohner) nachgewiesen werden?** (konvergente Validität)

Sekundär waren die Fragen zu prüfen, ob das vorgeschlagene Instrument für eine externe Begutachtung den Gutachtern und den Bezugspflegepersonen als Experten praktikabel erscheint (Praktikabilität) und vergleichbare Ergebnisse (Reliabilität), die möglichst unabhängig vom Prüfer sind (Objektivität), und Unterschiede in der Qualität verdeutlichen (Sensitivität) liefert.

Folgende Hypothese steckt hinter der Frage: Das Ergebnis der Beurteilung der Berücksichtigung der für den Bewohner wichtigen LQ-Aspekte im Pflegeprozess anhand des LQ-Index korreliert signifikant mit dem Ergebnis der Selbsteinschätzung der subjektiv wahrgenommene LQ (SEIQoL-Index) durch den Bewohner. Die Grundannahme dabei ist: Wenn der LQ-Index einen hohen Grad der Berücksichtigung der individuellen LQ im Pflegeprozess ergibt, so ist auch die vom Bewohner subjektiv wahrgenommene und erlebte LQ hoch.

Mit dem LQ-Index ist nur eine Annäherung an die kommunikativen Anteile der Pflegearbeit hinsichtlich der Berücksichtigung wichtiger Lebensqualitätsaspekte des jeweils einzigartigen Bewohners möglich. Mit dem LQ-Index werden kommunikative Anteile der Pflegearbeit beurteilt, nämlich die Bedeutungszuschreibungen des Bewohners an seine Lebenssituation im Heim operationalisiert durch die subjektiv wahrgenommene Lebensqualität und die individuell definierten LQ-Aspekte. Das Wissen oder

zumindest Teilwissen, wie ein alt gewordener Mensch sein Wohnen und Leben im Heim wahrnimmt, ist die Voraussetzung für das professionelle Verstehen und damit für eine echte Zuwendung zum pflegebedürftigen Menschen. Der Bewohner generiert Lebensqualität nicht nur aus einer guten medizinisch-pflegerischen Versorgung, sondern auch oder insbesondere aus den Gestaltungsmöglichkeiten für sein Wohnen und Leben im Heim („Respekt vor der Autonomie der Lebenspraxis“, vgl. Behrens/Zimmermann 2006). Eine so verstandene echte Zuwendung im Pflegeprozess wird als authentisch und heilend empfunden. Sie stellt die Kunst und die Professionalität der Pflegenden dar (vgl. Watson 1996). Echte, professionelle Zuwendung ist deshalb Arbeit. Der LQ-Index trägt zur Professionalisierung und Anerkennung dieser kommunikativen Anteile pflegerischer Leistung bei durch die Reflexion und Beurteilung der Berücksichtigung der subjektiv wahrgenommene LQ des Bewohners im Pflegeprozess.

## **5.1 Methodik**

Der LQ-Index soll sowohl eine Selbsteinschätzung der subjektiv empfundenen Lebensqualität als auch eine indirekte Erhebung der LQ in kommunikativ schwierigen Situationen ermöglichen.

Bei der Literaturrecherche (u. a. DIMDI, PubMed) und dem systematischen Review unterschiedlicher Selbsteinschätzungsverfahren soll ein valides und im Rahmen eines externen Audits praktikables Instrument ausgewählt werden. Dabei ist der Anspruch, die Subjektivität und Multidimensionalität des Konstruktes „Lebensqualität“ mit dem Selbsteinschätzungsverfahren abzubilden und die häufig physisch, psychisch und kognitiv eingeschränkten Bewohner dabei nicht zu überfordern (vgl. Kapitel 5.2/5.3).

Für kommunikativ schwierige Situationen, d.h. für Bewohner stationärer Altenhilfeeinrichtungen, die ihre subjektiv erlebte Lebensqualität nicht mehr im Rahmen einer Befragung mitteilen können, werden Prüf-Items entwickelt zur Beurteilung der Berücksichtigung individueller LQ-Aspekte im Pflegeprozess. Diese Prüf-Items werden u.a. über eine Paralleltestung mit einem Referenzstandard validiert. Der SEIQoL-DW wird durch ein systematisches Review von Studien zur Überprüfung seiner Gütekriterien in verschiedenen Settings als Referenzstandard begründet.

Die Prüf-Items des LQ-Index zur Beurteilung der Berücksichtigung individueller LQ-Aspekte im Pflegeprozess stellen *keine* Fremdeinschätzung der subjektiv erlebten Lebensqualität dar. Im LQ-Index wird vielmehr auf der Basis einer umfassenden Informationssammlung ermittelt, was die „mutmaßlichen LQ-Aspekte“ des Bewohners sind und wie diese im Pflegeprozess systematisch berücksichtigt werden. Da das zu untersuchende und zu messende Konstrukt (die Lebensqualität) mit den Erfahrungen innerhalb des Lebenskontextes (LoBiondo-Wood/Haber 1996:287) des Menschen im Heim und mit seiner subjektiven Wahrnehmung zusammenhängt, sind „qualitative Verfahren“ anzuwenden. Lebensqualität wird in der Kommunikation zwischen Pflegenden und Bewohner konstruiert (symbolischer

Interaktionismus, Mead). Ihre Berücksichtigung im Pflegeprozess kann nur durch Hinzuziehung hermeneutisch-interpretativer Verfahren (vgl. Behrens/Langer 2006) analysiert und beurteilt werden. Bei Bewohnern, die sich noch selbst mitteilen können, werden die LQ-Aspekte direkt aus dem SEIQoL-Interview zugrundegelegt. In kommunikativ schwierigen Situationen gibt der LQ-Index eine teilstrukturierte Informationssammlung auf der Basis einer Dokumentationsanalyse und eines kollegialen Fachgesprächs vor, die auch eine teilstrukturierte teilnehmende Beobachtung (Holloway/Wheeler 1997:78) bei der Bewohnervisite im Rahmen des PQT-Audits einschließt. Es werden „mutmaßliche LQ-Aspekte“ formuliert, die laufend zu überprüfen sind, was der LQ-Index in der Evaluationsphase vorsieht. Der LQ-Index bestimmt den Grad der Berücksichtigung der individuellen LQ-Aspekte im Pflegeprozess und damit die Professionalität der Pflegenden bei der Ausrichtung des Pflegeprozesses an den jeweils individuellen LQ-Aspekten.

Die Validierung der neu entworfenen Prüfkriterien des LQ-Index erfolgt im Wesentlichen über die Paralleltestung mit dem Referenzstandard (SEIQoL-DW), dessen Güte zunächst belegt werden muss.

**Die Hypothese der Paralleltestung lautet:** *Die Bewertung der Berücksichtigung der für den Bewohner wichtigen Lebensqualitätsaspekte „cues“ im Pflegeprozess (LQ-Index) korrelieren signifikant mit den Ergebnissen des Fragebogens zur Selbstbewertung der subjektiv wahrgenommenen Lebensqualität durch den Bewohner (SEIQoL-Index).*

Die Grundannahme dabei ist: Wenn die Analyse des professionellen Situationsverstehens (hinsichtlich der Berücksichtigung der wichtigen Lebensbereiche des Bewohners im Pflegeprozess) im Rahmen des PQT einen hohen Grad der Einbindung der Perspektive des Bewohners in den Pflegeprozess ergeben, so ist auch die durch den Bewohner subjektiv wahrgenommene Lebensqualität hoch. Würde dieser Zusammenhang bewiesen, so könnte zukünftig die Berücksichtigung der Lebensqualität von Menschen, deren Kommunikation unverständlich erscheint, im Pflegeprozess beurteilt werden. Eine systematische Unterstützung der Pflegenden bei der Ausrichtung des Pflegeprozesses an den individuell definierten LQ-Aspekten im Rahmen des externen Audits wäre dadurch möglich.

Mit der Expertenbewertung wird die Verständlichkeit der Prüf-Items, die Praktikabilität und die Eignung für die Beurteilung der Berücksichtigung der LQ im Pflegeprozess überprüft. Die Bezugspflegeperson als aktiv Handelnde im Beziehungsprozess mit dem Bewohner wird dabei als Expertin des individuellen Pflegeprozesses mit dem jeweils einzigartigen Bewohner einbezogen (Kähler 2008:24). Der PQT-Auditor, mit seiner Gutachter-Expertise, wird insbesondere die Praktikabilität der Prüfitems des LQ-Index im Audit kritisch beleuchten.

Als abhängige Variable (AV) ist der Grad der Berücksichtigung der individuellen Lebensqualitätsaspekte im Pflegeprozess zu messen. Beurteilt wird die Professionalität des Situationsverstehens des Bewohners durch die Bezugspflegeperson. Folgende unabhängige Variablen (UV) sind dabei zu berücksichtigen: die subjektiv wahrgenommene Lebensqualität des Bewohners, die Informationen aus den teilstrukturierten Beobachtungen im Lebensumfeld des Bewohners, aus der teilstrukturierten Analyse der Pflegedokumentation und aus dem teilstrukturierten Interview der Bezugspflegeperson (über die Kommunikations- und Verständigungsprozesse mit dem Bewohner) durch den PQT-Auditor.

## **5.2 Vorrang der Selbsteinschätzung der Lebensqualität**

*und was bei der Befragung alter Menschen zu beachten ist*

Nach Kane/Kane 1988 muss das regulierende System (und damit sind in Deutschland die relevanten gesetzlichen Grundlagen und die externe Qualitätssicherung von Pflegeheimen durch die staatliche Heimaufsicht und durch den MDK gemeint) Informationen einholen, die reliabel, korrekt und so weit wie möglich vom Bewohner selbst sind. Die Sichtweise der Bewohner bezüglich ihrer Pflege und ihres Lebens im Heim ist verstärkt zu beachten, weil „das Pflegeheim als Institution ihr Zuhause ist“ (Bliesmer/Earle 1993:28). Beim LQ-Index hat deshalb die Selbstauskunft immer Vorrang. Nachgewiesen signifikante Unterschiede bezüglich der wahrgenommenen Pflegequalität in der Langzeitpflege zwischen Pflegepersonal, Patienten und Angehörigen (Meister/Boyle 1996:46) bestätigen die Notwendigkeit der direkten Erhebung beim Bewohner. Die Erhebung der Zufriedenheit der Bewohner über Repräsentanten, z.B. deren Angehörige, kann nicht die direkte Erhebung beim Bewohner ersetzen, weil Qualitätsempfinden und -bewertungen von der Natur der Sache aus sehr subjektiv sind (Lavizzo-Mourey et al. 1992, Uman et al. 2000). Dies gilt für Bewohner mit und ohne kognitive Einschränkungen. Wird im Qualitätsaudit nur *über* den Bewohner und nicht *mit* ihm geredet, so wird er zum Objekt. Ein solches Audit ist als „nicht kunstgerecht“ (Gerbert/Kneubühler 2001) zu bezeichnen und entspricht nicht dem „state of the art“. Von einer niedrigen Interraterreliabilität bei Fremdeinschätzung z. B. durch den Arzt oder den Angehörigen (Meier 1995:47) ist mit zunehmender Evidenz auszugehen (Hickey et al. 1999:121). Je belastender ein Angehöriger die Betreuung empfindet, desto unangemessener beurteilt er die psychologische Gesundheit des Patienten (ebda). Weniger die Schwere der Krankheit und der Symptome als die Auswirkungen auf die relevanten Aspekte für die Lebensqualität und die Möglichkeiten des Bewohners, mit diesen Auswirkungen umzugehen, bestimmen aber die LQ (vgl. Carr/Higginson 2001, Cella/Tulsky 1990, Joyce 1991, Meier 1995). Nur der von der Krankheit bzw. Pflegebedürftigkeit betroffene Bewohner selbst kann beurteilen, welche Auswirkungen dies auf seine LQ-Aspekte hat (vgl. MacKeigan/Pathak 1992, Neudert et al. 2001). Der PQT-Auditor bietet deshalb unabhängig von der Einschätzung und der Vorinformation der Bezugspersonen jedem Bewohner ein Gespräch über die subjektiv empfundene Lebensqualität an. Die Möglichkeit der Befragung demenzkranker Bewohner zeigten Uman et al. in ihrer Studie, in der sie ein strukturiertes Interview (The

Resident Satisfaction Interview: RSI) anwendeten zur Entwicklung von Indikatoren für die Lebensqualität bei Heimbewohnern. In 82 Einrichtungen der Langzeitpflege in 12 Staaten und 3 Regionen der USA waren 5.482 Bewohner in die Studie eingeschlossen. Grundlage waren die Informationen aus dem Minimum Data Set (MDS) und eine sechsstufige standardisierte Skala zur Einstufung der kognitiven Einschränkung (Cognitive Performance Scale<sup>25</sup>), wobei der Score 6 die schwerste Form der Minderung der geistigen Leistungsfähigkeit darstellt. Die Rate der vollständig durchgeführten Interviews betrug immerhin 70 %. Brauchbare, aussagekräftige Daten wurden durch alle Stufen hindurch gewonnen, außer in Stufe 6 (Uman et al. 2000:170). Demenzkranke Bewohner können von ihren Erfahrungen genau berichten, wenn sie adäquat danach gefragt werden (ebda:175).

Bei der Wahl der Indikatoren für die Befragungen zur Lebensqualität im Heim ist zu beachten, dass die Prioritäten des jeweils einzigartigen Bewohners berücksichtigt werden. Diese Prämissen können durchaus sehr unterschiedlich sein und haben auf das Gesamtergebnis der Qualitätsbeurteilung einen großen Einfluss (vgl. Carr/Higginson 2001, Joyce 1991, Svensson 1991). Sieht ein vorstrukturierter Fragebogen z.B. eine Kategorie überhaupt nicht vor, die dem Bewohner aber für sein Leben und Wohnen im Heim sehr wichtig ist, so ist das Gesamtergebnis nicht aussagekräftig (Oppikofer 2008:15). Häufig sind Zufriedenheitsbefragungen hinsichtlich der Pflegequalität sehr fachlich orientiert, da die Fragebögen meist von Fachkräften entworfen werden (Meister/Boyle 1996:42). Sowohl die Wahl der Indikatoren als auch deren Bewertung hinsichtlich ihrer Bedeutung und aktuellen Erfüllung muss individuell möglich sein (ebda).

Das Instrument zur Selbsteinschätzung der Lebensqualität muss die Besonderheiten bei der Befragung alter und sehr alter Menschen berücksichtigen, um zu verlässlichen und vergleichbaren Aussagen zu kommen. Grundsätzlich sind bei Befragungen alter und sehr alter Menschen spezifische methodische Besonderheiten zu berücksichtigen, will der Interviewer brauchbare und valide Informationen gewinnen. Weniger der Modus, als die Art und Weise der Befragung sind von entscheidender Bedeutung für die Datenqualität (Kühn/Porst 1999:33). Ethisch relevant ist auch, ob die Befragung im Zusammenhang einer anderen Untersuchung steht. Grundsätzlich befinden sich die PQT-Auditoren des MDK Bayern in einer schwierigen Position. Die Rolle des Prüfers und die Prüfsituation sind belastet durch die Tatsache, dass der MDK nicht nur die Qualität der Einrichtung, sondern auch die Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18 SGB XI vornimmt und damit über das Gutachten den Zugang des Bewohners zu Versicherungsleistungen lenkt. Der Versicherte unterscheidet dabei nicht immer zwischen den unternehmensintern streng getrennten Geschäftsbereichen der externen Qualitätssicherung und der Einzelfallbegutachtung.

---

<sup>25</sup> Morris et al. : MDS Cognitive Performance Scale, Journal of Gerontology, 49 (1994) M174-M182

In dem ZUMA-Arbeitsbericht 1999<sup>26</sup> gehen Kühn und Porst davon aus, dass die alterungsbedingten Veränderungen die Aufgabenerfüllung als Befragte im Interview beeinflussen. Dabei spielt der Rückgang kognitiver, kommunikativer und physischer Fähigkeiten eine Rolle (Kühn/Porst 1999:4). Befragte Personen haben eine Reihe von komplexen Aufgaben zu erfüllen, um adäquat auf Fragen antworten zu können. Sie müssen die gestellten Fragen verstehen, die relevante Informationen zum Beantworten der Frage aus dem Gedächtnis abrufen, auf der Basis dieser Informationen ein Urteil bilden und dieses Urteil gegebenenfalls in ein „Antwortformat“ einpassen (Kühn/Porst 1999:5 f.). Im letzten Schritt spielen differenzierte Abwägungsprozesse eine Rolle, wie z.B. die soziale Erwünschtheit der Antwort oder der Sprachgebrauch und der sozio-kulturelle Hintergrund des Interviewers, der die Antwort richtig verstehen soll. Bei der Befragung der Bewohner zur LQ ist deshalb auf eine möglichst einfache Fragenstruktur zu achten. Kühn und Porst haben festgestellt, dass ältere Menschen nicht auf die numerischen Werte zurückgreifen, sondern sich auf die Nutzung verbaler Kategorien in Fragebögen beschränken (Kühn/Porst 1999:8). Dagegen ist der Einfluss vorgegebener Antwortkategorien bei Älteren stärker (Kühn/Porst 1999:8). Alte und sehr alte Menschen bevorzugen die zuletzt angebotene Antwortkategorie („recency-Effekt“) (Kühn/Porst 1999:9). Bei der Selbsteinschätzung im LQ-Index sind deshalb möglichst unterschiedliche Antwortformate (numerisch, visuell, verbal) den Bewohnern anzubieten, sodass diese die Möglichkeit der Wahl haben. Die Antwortkategorien sind möglichst gleichrangig anzubieten. Die „Nonresponse“ stellt ein ernstes Problem bei der Befragung alter Menschen dar und verstärkt sich mit zunehmendem Alter (ebda). Je mehr jedoch das Alltagsleben der Befragten thematisiert wird, um so höher scheinen die „response rates“ (ebda:18), sodass bei der Befragung zur subjektiv empfundenen LQ davon auszugehen ist, dass sich viele Bewohner, die grundsätzlich dazu noch in der Lage, bereit erklären werden.

Für das Verständnis der Fragen bei alten und sehr alten Menschen, die meist unter sensosomatischen Funktionseinbußen leiden (ebda:24), ist eine klare, deutliche Sprache des Interviewers wichtig, um adäquate Antworten zu erhalten. Eine dunkle Stimme ist besser, da sich altersbedingt die Schwerhörigkeit eher auf hohe Töne auswirkt, d.h. männliche Interviewpartner sind vorzuziehen, wenn nicht andere Faktoren dagegensprechen. Hintergrundgeräusche sind möglichst zu vermeiden, was die bewusste Auswahl und Vorbereitung des Raumes, in dem interviewt wird, nötig macht. Der Raum sollte aber dem alten Menschen vertraut sein und die Atmosphäre sollte möglichst angenehm (Lichtverhältnisse, Temperatur, Privatheit, keine unerwünschten Zuhörer usw.) gestaltet sein (Kaluza 2006:648). Der LQ-Index sieht deshalb einen vorbereiteten und angekündigten Besuch des Auditors im Bewohnerappartement vor. Geduld und soziales Einfühlungsvermögen sind persönliche Qualifikationen, die der Interviewer bei der Befragung alter Menschen mitbringen sollte (Kühn/Porst 1999:23).

---

<sup>26</sup>Kühn, Konstanze/ Porst, Rolf (1999): Befragung alter und sehr alter Menschen: Besonderheiten, Schwierigkeiten und methodische Konsequenzen. Ein Literaturbericht. ZUMA-Arbeitsbericht, 99/03. Mannheim.

Obwohl altersspezifisch sich das Antwortverhalten verändert, besteht kein altersbedingter Validitätsverlust (Kühn/Porst 1999:27), insbesondere beim Bericht von Erfahrungen im Zusammenhang mit Krankheit. Auch wenn die Befragung alter und sehr alter Menschen im Heim methodisch sehr anspruchsvoll ist, so kann der Subjektivität des Konstruktes „Lebensqualität“ nur Rechnung getragen werden, wenn die Bewohner, die dazu noch in der Lage sind, ihre LQ selbst einschätzen. Dazu sind allerdings adäquate Instrumente einzusetzen.

### **5.3 Der SEIQoL-DW als Referenzstandard**

Auf der Suche nach geeigneten Befragungsinstrumenten zur Lebensqualität stößt der Forscher auf Gesundheitsprofile und krankheitsübergreifende Skalen zur Beurteilung der Lebensqualität, die zur Messung der Effekte einer Intervention auf verschiedene Aspekte der LQ entwickelt wurden. Beispielhaft zu nennen sind: SIP (Sicknes Impact Profile), NHP (Nottingham Health Profile), MHIQ (McMaster Health Index Questionnaire), MOS-20 (Medical Outcome Study 20-item Short Form Health Survey) und MOS-SF 36 (Medical Outcome Study Short Form). Für Kosten-Nutzen-Analysen werden sog. Nützlichkeitskalen (z. B. Quality of Well-being Scale) angewandt. Die Instrumente sind meist auf die Beurteilung der Wirkung einer Intervention oder einer Erkrankung (Krankheitsspezifische Skalen) ausgelegt und geben meist sehr krankheitsorientiert die Kategorien der Lebensqualität vor, die bestenfalls noch populationsspezifisch (z.B. Ältere), funktionsspezifisch (z.B. sexuelle Funktion) oder problemspezifisch (z.B. Schmerz) angelegt sind (vgl. Meier 1995, Oppikofer 2008). Inhalte von QOL (Quality of Life)-Fragebögen beziehen sich meist auf die physiologische, mentale, kognitive Funktion, die emotionale oder psychologische Befindlichkeit, die soziale und Rollen-Funktion, die Krankheitssymptome und das Wohlbefinden. Modulare Systeme kombinieren krankheitsspezifische und krankheitsübergreifenden LQ-Messungen. Die Dimensionen, die von den Instrumenten erfasst werden, variieren von Instrument zu Instrument und sind immer geprägt vom Fokus, dem Ziel der Erhebung und dem Erfahrungshintergrund des Forschers/Interviewers. Die Studien der Lebensqualitätsforschung zeigen u.a., dass Bewohner ihre Lebensqualität stärker über „weiche“, subjektive Faktoren definieren als beispielsweise über harte Faktoren wie Gesundheit und Funktionalität (Schnabel/Schönberg 2004:179). Erhebungsinstrumente für die gesundheitsbezogene LQ (SIP und SF-36) gehen meist von einem externen, gesundheitsbezogenen Wertesystem aus und reflektieren deshalb nicht die individuelle Wahrnehmung und Erfahrung der Patienten (Neudert et al. 2001:103). Auf der Grundlage eines systematischen und umfassenden Reviews von Erhebungsinstrumenten zur LQ kommt Oppikofer zu dem Schluss:

„Das SEIQoL von O’Boyle (1994) ist das einzige Instrument, welches eine echte subjektive Lebensqualitätsmessung vornimmt, indem der Patient definiert, welche Bereiche des Lebens seine persönliche Lebensqualität bestimmen“ (Oppikofer 2008:21).

Im SEIQoL-Instrument (vgl. O'Boyle et al. 1993) gibt der Patient die Struktur der relevanten Lebensbereiche („cues“) vor, die seine subjektiv empfundene Lebensqualität beeinflussen. Die befragte Person kann dabei völlig frei die ihr wichtigen Lebensqualitätsaspekte benennen und seien sie noch so abwegig für den Interviewer. Der Interviewer muss sich dabei völlig von eigenen Vorstellungen über ein gutes und erfülltes Leben lösen. Der spontanen Nennung der fünf wichtigsten Lebensbereiche („cues“) wurde Vorrang vor der Anwendung einer Auswahlliste gegeben, um die Patienten möglichst nicht zu beeinflussen. Zur Einschätzung des aktuellen Erfüllungsgrades („level“) des genannten LQ-Aspekts kam im zweiten Schritt eine visuelle Analogskala zur Anwendung, deren niedrigstes Niveau, „so schlecht wie möglich“ und, deren höchstes Niveau, „so gut wie möglich“ war. Im Pretest der hier vorliegenden Studie wurde dazu eine Schmerzeinschätzungsskala mit einer Schublehre, die zwischen 0 und 100 mm einzustellen ist, verwandt, die entsprechend umfunktioniert wurde. Die Bewohner hatten dann die Möglichkeit anhand der verbalen Antwortkategorien, die der SEIQoL-DW vorsieht oder anhand der Millimeter-Skala oder anhand einer Gesichter-Skala (visuell) das Rating vorzunehmen. Bei der Bewertung der Wichtigkeit bzw. Bedeutung der einzelnen Lebensbereiche („weight“) im dritten und letzten Schritt wird eine Drehscheibe („disk“) mit dahinter liegender Skala 0-100 % verwendet. Die Patienten können entweder anhand der farblich gekennzeichneten Kreissektoren oder anhand der numerischen Skala ihre subjektive Gewichtung einstellen. Je größer das gewählte Segment des Kreises ist, desto wichtiger und bedeutungsvoller ist der LQ-Aspekt.

Dem SEIQoL liegt die Annahme zu Grunde, dass die Lebensqualität ein subjektiver Begriff ist, den nur die Person selbst bestimmen kann (Waldron et al.1999:3604). Die zehn am häufigsten genannten Lebensbereiche der Studienteilnehmer waren: Familie, Gesundheit, Soziale Teilhabe und Aktivitäten, Spirituelles Leben und Religion, Freundschaft und Beziehungen, Zufriedenheit und Glück, Arbeit, Finanzen, Ehe, Mobilität und Schmerzfreiheit (ebda:3607). Diese Bereiche werden auf einer Auswahlliste genannt, wenn der Patient selbst nicht in der Lage ist, spontan fünf ihm wichtige Dinge seines Lebens zu nennen. Es gab aber auch Lebensbereiche, die in Studien mit dem SEIQoL nur einmal genannt wurden, und dadurch belegen, dass es ganz individuelle, einzigartige subjektive Wahrnehmungen der Lebensqualität gibt (ebda:3608): z. B. Ausgeglichenheit im Leben („balance in life“), Kochen, Furcht vor dem Tod, guter Humor, Schlafen, Shopping, Reisen, Schreiben, Irische Kultur. Bei Beeinträchtigungen der Gesundheit, wird Gesundheit nicht zwingend zum wichtigsten Lebensbereich bzgl. der empfundenen Lebensqualität, vielmehr können ganz individuell andere Bereiche an Bedeutung gewinnen (ebda:3609). Der Patient wird von Waldron et al. als „Experte der eigenen Lebensqualität“ bezeichnet. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass die Bewertung der eigenen Lebensqualität konsistent und valide sind (ebda:3608).

In einer vergleichenden Studie des SEIQoL in seiner Vollversion mit der Judgement Analysis Methode und in seiner Kurzversion mit der Direct Wighting Methode zeigten beide Versionen gute psychometrische Eigenschaften (Waldron et al.1999:3609). Für die Praktikabilität insbesondere im

externen Audit mit alten und sehr alten Menschen ist allerdings die unterschiedliche durchschnittliche Dauer der beiden Versionen von Bedeutung. Dabei wurde ein Median des Zeitaufwandes für die Durchführung des SEIQoL (Vollversion des SEIQoL mit der Judgement Analysis Methode) von 40 Minuten und des SEIQoL-DW (Kurzform des SEIQoL mit direkter Gewichtung durch den Patienten) von 15 Minuten berechnet. Alle Patienten konnten den SEIQoL-DW komplett durchführen, während die Vollversion des SEIQoL nur 78 % beenden konnten. Der SEIQoL-DW weist einen hohen Grad an interner Konsistenz ( $r = .90$ ) und interner Validität (median  $R^2 = 0.88$ ) auf. Die Werte der Reliabilität (im palliative care Bereich:  $r = .87$ ) und der Validität ( $R^2 = .86$ ) sind hoch. Ein hoher Grad an Übereinstimmung der Ergebnisse des SEIQoL und des SEIQoL-DW (Pearson's Korrelationskoeffizient  $r = .923$ ) bestätigen die Möglichkeit, valide Ergebnissen auch mit der Kurzform, dem SEIQoL-DW zu erreichen.

Auch wenn die Situation im Altenheim nicht eins zu eins mit der palliativen Pflege von Krebspatienten (Studienpopulation der vergleichenden Analyse von Waldron et al. 1999) verglichen werden kann, so gilt aber ebenfalls die Forderung, dass sich die Pflege und Betreuung im Altenheim an den Werten und Zielen der Bewohner auszurichten hat, die ihren „Lebensabend“ im Heim verbringen. Diese Werte und Ziele sind nur zuverlässig zu ermitteln, wenn die Bewohner direkt befragt werden und die Befragung individuelle Spielräume für Antwortmöglichkeiten zulässt. Hinsichtlich der besonderen Anforderungen alter und sehr alter Menschen bei der Befragung (vgl. Kapitel 5.2) fällt die Wahl auf das SEIQoL-DW-Instrument, aufgrund des einfacheren Antwortmodus und der niedrigeren Abbruchrate. Zur weiteren Begründung des SEIQoL-DW als Referenzstandard wurde ein systematisches Review weiterer Validierungsstudien mit dem SEIQoL bzw. dem SEIQoL-DW durchgeführt. In einer Tabelle wurden die jeweils ausgewählte Population, das Setting und die Gütekriterien zusammengefasst (siehe Anhang). Der SEIQoL-DW ist erprobt, die Gütekriterien sind befriedigend, insbesondere bei älteren Menschen (vgl. Coen et al. 1993, Meier 1995) und die für die LQ-relevanten Bereiche können vom individuellen Bewohner frei gewählt und gewichtet werden. Der SEIQoL kann als Interview- und Selbsteinschätzungsinstrument bei Patienten mit beginnender Demenz eingesetzt werden. Auch, wenn die Bewertungsaufgaben (Bestimmung des Erfüllungsgrades und der Gewichtung des LQ-Aspekts) nicht mehr durchführbar waren, so konnten zumindest einige wichtigen Lebensqualitätsaspekte „cues“ benannt werden (vgl. Coen et al. 1993). Die Praktikabilität im klinischen Kontext mit knappen Ressourcen (vgl. Hickey 1996) bestätigte sich insbesondere für den SEIQoL-DW (vgl. Waldron 1999). Alle Studien zeigen ausreichende bis gute Werte der Validität und Reliabilität, wobei der emotionale Stress bei der Befragung im Vergleich zu anderen Instrumenten z. B. SIP, SF-36 geringer ist (vgl. Neudert/Wasner/Borasio 2001). Durch die geringe Strukturierung, aber gleichzeitig gute Verfahrensanweisung, kann der SEIQoL an verschiedene Krankheitssituationen (Multimorbidität der Heimbewohner) angepasst werden (vgl. O'Boyle et al. 1992). Die Vielfalt und Einzigartigkeit der LQ-Aspekte/„cues“, die in den Studien angegeben wurden, zeigen die hohe Sensitivität des Instruments für das subjektive und multidimensionale

Konstrukt „Lebensqualität“ (vgl. McGee et al. 1991). Das SEIQoL-Interview in seiner Kurzform kann aus diesen Gründen als Referenzstandard zur Selbsteinschätzung der LQ von Altenheimbewohnern herangezogen werden. Die Umsetzung des ursprünglich in Irland entwickelten Instruments im LQ-Index muss jedoch an die Rahmenbedingungen des PQT, an das Sprachverständnis und die Kultur in Bayern angepasst werden (Hickey et al. 1999:129). Dies wird bei der Verfahrensanweisung zur Durchführung des SEIQoL-Interviews und bei der Schulung der Auditoren berücksichtigt.

Nachdem nun ein adäquates Instrument zur Befragung der Bewohner und zur Selbsteinschätzung gefunden wurde, muss für die vielen Bewohner, die dazu nicht mehr in der Lage sind, ein Verfahren entwickelt werden, das indirekt die LQ erschließen lässt.

#### **5.4 Erster Entwurf des „Lebensqualitätsindex (LQ-Index)“**

Der erste Entwurf des LQ-Index für die Pretestphase wurde aus den theoretischen Vorüberlegungen und dem Review von Analyse- und Messinstrumenten zur Situationsdeutung und das subjektive Erleben von Lebensqualität durch den Bewohner entwickelt. Die Annäherung an die Perspektive des Bewohners in kommunikativ schwierigen Situationen ist ein hoch empathischer Vorgang mit komplexen Kommunikationsprozessen. Ein adäquates Mess- und Auditinstrument muss geeignet sein, hermeneutisch-interpretativ diese Prozesse aus der Perspektive des Bewohners zu analysieren und zu beurteilen (vgl. Behrens/Langer 2006). Ein Review von ähnlichen Analyse- und Messinstrumenten zur Situationsdeutung in Bezug auf die Lebensqualität soll die Strukturierung des ersten Entwurfs des LQ-Index unterstützen.

Zunächst wurde die Option, Beobachtungsverfahren im Audit anzuwenden, geprüft. Die berichteten Erfahrungen mit dem H.I.L.DE-Instrument<sup>27</sup> zeigen jedoch die Grenzen der Erfassung der LQ durch direkte Beobachtung im externen Audit auf. Die „mimische Ausdrucksanalyse“, im H.I.L.DE-Instrument durch das Facial Action Coding System standardisiert und unterstützt, ist immer auch eine Interpretation, bei der der Beobachter einen Spielraum hat. Diesen Spielraum kann er nur verantwortlich nutzen, wenn er die Person und ihre Einzigartigkeit des Ausdrucks in der ganzen Bandbreite an Ausdrucksmöglichkeiten kennt. Eine solche Kenntnis ist bei aufmerksamen Bezugspersonen anzunehmen, nicht aber beim externen Auditor, der die Person am Prüfungstag zum ersten Mal sieht. Pflegende sind die „eigentlichen Experten hinsichtlich der Lebensäußerungen und wahrnehmbaren Empfindungen der Bewohner“ und als Beobachter besonders verlässlich (Kähler 2008:24). Darüber hinaus verändert ein externer Beobachter, ausgestattet mit einem Prüfauftrag, die Situation und die Reaktion der Teilnehmer in besonderem Maße, sodass es zu starken Verzerrungen kommen kann. Im H.I.L.DE.-Instrument sind außerdem die Dimensionen von LQ mit Bezug auf die vier Dimensionen der LQ nach Lawton et al. 1996 (erlebte LQ,

---

<sup>27</sup> Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität bei Demenz (Becker et al. 2005)

subjektives Wohlbefinden, Verhaltenskompetenz, objektive Umwelt) auf acht Bereiche (räumliche Umwelt, Betreuungsqualität, Verhaltenskompetenz, medizinisch-funktionaler Status, subjektives Erleben und emotionale Befindlichkeit, soziale Umwelt, kognitiver Status, Psychopathologie/Verhaltensauffälligkeiten) beschränkt (Becker et al. 2005:2). Es wird damit der Multidimensionalität und Subjektivität des Konstruktes nicht umfänglich gerecht.

Für den LQ-Index, der im Rahmen des externen Audits von MDK Auditoren verwendet werden soll, ist deshalb ein anderer Weg der LQ-Erhebung zu wählen. Oppikofer stellt bei ihrem umfassenden Review von Erhebungsinstrumenten zu LQ fest, dass es nicht nur „eine <richtige> oder valide Art der Lebensqualitätmessung bei Demenz“ (Oppikofer 2008:3) gibt, sondern situativ die angemessenen Verfahren ausgewählt werden müssen.

Die Pflegende nähert sich der Wahrnehmung und Bedeutung des Lebens durch den Bewohner mit Hilfe einer verstehenden Diagnostik (vgl. Bräutigam 2005, Bartholomeyczik 2006) an. Der PQT-Auditor kann sich wiederum mit Hilfe der kollegialen Fallrekonstruktion (vgl. Ummel 2005) und der verstehenden Diagnostik an die Pflegebeziehung annähern. Der PQT-Auditor stützt seine Beurteilung auf drei wesentliche Informationsquellen<sup>28</sup>, die auch im LQ-Index herangezogen werden sollen. Die Prü-Items selbst orientieren sich an der Logik des Pflegeprozesses und unterstützen die Beurteilung der systematischen Berücksichtigung der individuell wichtigen LQ-Aspekte im Pflegeprozess. Bei der Überprüfung der Informationssammlung wird reflektiert, ob die vom Bewohner genannten LQ-Aspekte erfasst sind und durch andere Informationsquellen als durch den Bewohner selbst bestätigt und ergänzt sind. Kann der Bewohner selbst darüber keine Auskunft mehr geben, so wird im Fachgespräch reflektiert, auf welchen Wegen sonst die *mutmaßlichen LQ-Aspekte* ermittelt werden können.

Bei der Beurteilung der Berücksichtigung der LQ im Pflegeprozess kann sich der Auditor nicht ausschließlich auf die Dokumentationsanalyse stützen, da der Pflegeprozess nicht exakt dokumentiert wird (vgl. Schnelle 2003). Insbesondere die kommunikativen Anteile der pflegerischen Arbeit lassen sich nur schwer schriftlich abbilden. Nach Greb ist das „Erleben der, im wörtlichen Sinne, Inter-Aktion“ schwer begrifflich einzufangen und authentisch zu dokumentieren. Es ist aber zugleich die „Voraussetzung des pflegeberuflichen Diskurses“ (Greb 2006:13), sodass das Fachgespräch und die strukturierte Beobachtung beim Bewohner und wenn möglich das Gespräch mit dem Bewohner selbst bei der Analyse im Rahmen des LQ-Index immer als Ergänzungen zur Pflegedokumentation herangezogen werden müssen. Die Dokumentation (z. B. in der Biographie, beschriebene Bewohnerreaktionen im Verlaufsbericht) kann aber in Ergänzung wichtige Hinweise auf LQ-Aspekte liefern und bei ambivalenten Äußerungen des Bewohners und der Bezugspflegeperson unterstützen.

---

<sup>28</sup> Dokumentationsanalyse, Fachgespräch mit der Bezugspflegeperson, Visite beim Bewohner

Die Qualifikation der Bezugspflegerperson kann einen Einfluss auf das Fachgespräch haben. Schopp et al. belegen 2004 in ihrer Studie z.B. dass höher qualifizierte Pflegerpersonen die Entscheidungsmöglichkeiten der Patienten und damit deren Autonomie schlechter einschätzen. Da Autonomie ein verwandtes Konzept zur Lebensqualität ist (vgl. Collopy 1988), ist mit ähnlichen Effekten im Fachgespräch über LQ zu rechnen. Diese Möglichkeit der Verzerrung wird aber dadurch eingegrenzt, dass im PQT immer die verantwortliche Bezugspflegerperson als Fachkraft Ansprechpartnerin ist. Weiterhin stellen Schopp et al. fest, dass die Information alleine nicht ausreicht, um Autonomie zu verwirklichen. Zusätzlich müssen die Wahlmöglichkeit und das Gefühl, die Interventionen, ob medizinisch-therapeutischer Art oder pflegerischer Art, selbst lenken zu können, erfüllt sein. Zum gleichen Ergebnis kommen Brocklehurst/Dickinson 1996 in ihrer Vergleichsstudie zwischen Krankenhaus-Patienten und Bewohnern von Langzeitpflegeeinrichtungen. Die Erhebung der Information in der Pflegedokumentation, die notwendig sind, um Wahlfreiheit und Autonomie auszuüben, gewährleistet noch keine Wahlfreiheit und Autonomie. Dies bedeutet für den LQ-Index, dass die Informationssammlung über die wichtigen LQ-Aspekte alleine nicht ausreicht, um die Berücksichtigung dieser Aspekte im Pflegeprozess beurteilen zu können. Vielmehr muss im Rahmen des Audits überprüft werden, wie diese Informationen im gesamten Pflegeprozess berücksichtigt werden (Brocklehurst/Dickinson 1996:331). Deshalb beziehen sich die Prüf-Items des LQ-Index auf alle Schritte des Pflegeprozesses.

Gilloran et al. führten 1993 im Rahmen ihrer Studie teilnehmende Beobachtungen zur Messung der Pflegequalität in je zwei psychogerontologischen Abteilungen von vier psychiatrischen Krankenhäusern in Schottland durch. Sie gingen der Frage nach, aus welcher Perspektive die Qualität betrachtet und erhoben werden soll und kommen zu dem Schluss, dass sowohl die direkte Erhebung der subjektiven Sichtweise des Patienten und die teilnehmende Beobachtung anhand „objektiver“ Kriterien den umfassendsten Blick auf die Pflegequalität gewährt (Gilloran et al. 1993:269). Der LQ-Index stützt sich deshalb auf drei Informationsquellen einschließlich einer teilstrukturierten Beobachtung im bewohnernahen Umfeld.

Die Literaturrecherche hat zusammenfassend ergeben, dass die Berücksichtigung der LQ-Aspekte in allen Schritten des Pflegeprozesses im Rahmen des Audits zu reflektieren ist. Weiterhin ist aus den recherchierten Studien zu entnehmen, dass im Audit möglichst unterschiedliche Informationsquellen heranzuziehen sind. Ein Auditinstrument, das diese Anforderungen erfüllt war allerdings nicht zu finden, sodass neue Kriterien zur Beurteilung der Berücksichtigung der Lebensqualität im Pflegeprozess entworfen werden mussten. Zur Validierung der neuen Prüf-Items wird ein Forschungsplan erstellt, der auf den Methoden der Paralleltestung und der Expertenbewertung beruht.

## **5.5 Forschungsskizze**

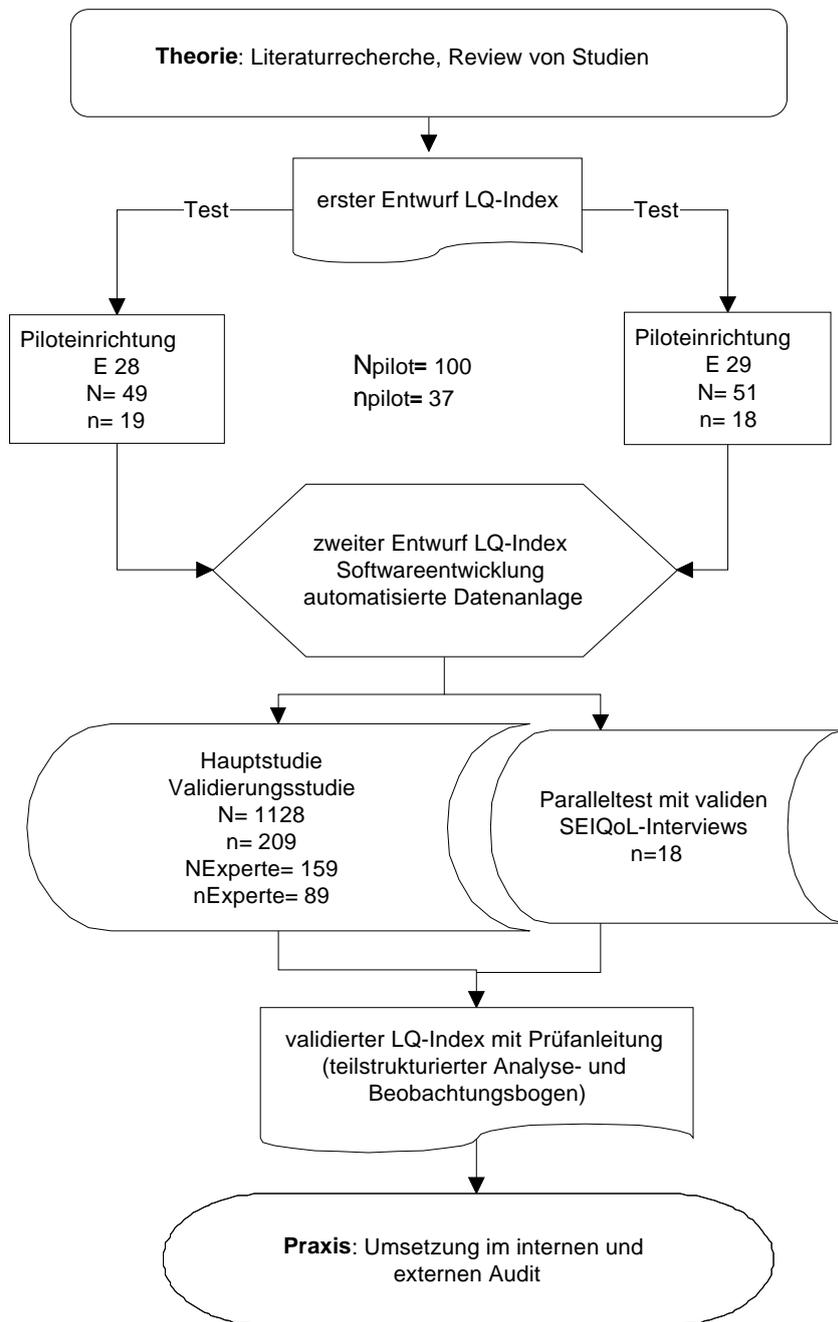
Dem erster Entwurf der neuen Prüfitems und des teilstrukturierten Analyse- und Beobachtungsbogens des LQ-Index auf der Grundlage des theoretischen Verständnisses des Konstrukts und des Reviews relevanter Studienergebnisse folgt ein Pretest in zwei Einrichtungen (N<sub>pilot</sub>=100), in denen unterschiedliche Ergebnisse für den LQ-Index zu erwarten sind (Kontrastgruppenansatz). Ein bereits getesteter und überarbeiteter zweiter Entwurf des LQ-Index wird für die Hauptstudie (Validierungsstudie) verwendet. Das Auditorenteam wird geschult und als SEIQoL-Interviewer trainiert. In der Validierungsstudie (8 Pflegeheime, N=1128, insgesamt 209 Bewohner in der Stichprobe, 159 Experten, davon 89 Expertenbewertungen im Rücklauf) erfolgt die Überprüfung der Validität der neuen Prüfitems durch Paralleltestung mit den validen Ergebnissen der SEIQoL Interviews. Die Objektivität, die Praktikabilität und die Konstruktvalidität werden mit Hilfe der Expertenbewertung unter Einschluss der Bezugspflegepersonen und der Auditoren als Experten überprüft. Die Reliabilität und Objektivität der Items wird mit Hilfe des Interrater-Reliabilitätskoeffizienten der Reviews zusätzlich getestet.

### **5.5.1 Population und Stichprobe**

Der Pflegequalitätstest des MDK Bayern ist grundsätzlich angelegt für alle Bewohner einer stationären Altenpflegeeinrichtung, die im Sinne des SGB XI in eine Pflegestufe eingestuft sind und Leistungen aus der Pflegeversicherung gemäß der Pflegestufe erhalten (Population). Voraussetzung zur Teilnahme der Pflegeeinrichtung am Pflegequalitätstest ist das schriftliche Einverständnis von mindestens 75 % der im Sinne des SGB XI eingestuften Bewohner (Grundgesamtheit). Aus dieser Grundgesamtheit wird eine nach Pflegestufen geschichtete Zufallsstichprobe (LoBiondo-Wood/Haber 1996:335) gezogen, die der Einrichtung erst am Prüftag mitgeteilt wird. Dieses durch die LMU München wissenschaftlich begleitete Verfahren der repräsentativen Zufallsauswahl der Stichprobe wird ebenfalls für die zu validierenden zusätzlichen Items/Prüffragen des LQ-Index angewandt.

### **Studienpopulation im Pretest**

Von Oktober 2007 bis April 2008 wurde in zwei Piloteinrichtungen E 28 (privater Träger) und E 29 (kommunaler Träger) mit insgesamt 100 Bewohnern (N<sub>pilot</sub>= 100) in der Grundgesamtheit und 37 Bewohnern in der Stichprobe (n<sub>pilot</sub>=37) ein Pretest mit dem ersten Entwurf des LQ-Index durchgeführt.



**Abb. 2** Forschungsskizze

Dabei erprobten die Auditoren (die Projektleitung und die Studienleitung), die Umsetzbarkeit der Prüfitems im Rahmen der Durchführung des Pflegequalitätstests. Der Pretest wurde mit einem Kontrastgruppenansatz im Hintergrund durchgeführt, um einen ersten Eindruck von der Sensitivität des Instrumentes zu bekommen. Beide Piloteinrichtungen beteiligten sich an einem wissenschaftlich begleiteten Projekt zur Einführung der Beziehungspflege. Das Projekt sieht die Einführung der

Beziehungspflege, nicht nur als Pflegeorganisationsform, sondern als umfassendes Pflege- und Managementverständnis vor. Dazu wurde ein Konzept entwickelt, das vom Coaching der Heimleitung, über die Schulung der Mitarbeiter bis zur Pflegedokumentation reicht. Bei E 29, das bereits das Konzept der Beziehungspflege seit zwei Jahren eingeführt hatte, war im LQ-Index von höheren Werten auszugehen, da in dieser Einrichtung bereits eine systematische Orientierung an der Lebenswelt der Bewohner im Rahmen der Beziehungsarbeit stattfindet. Bei E 28, das erst am Anfang des Projektes stand und noch keine Schulungen durchgeführt hatte, waren schlechtere Ergebnisse beim LQ-Index zu erwarten. Die Einrichtungsleitungen und verantwortlichen Pflegefachkräfte wurden im Rahmen einer Informationsveranstaltung am 25. September 2007 über den Pflegequalitätstest und die Validierungsstudie mit den neuen Prüf-Items zur Lebensqualität informiert. Beide Einrichtungen (E 28 und E 29) meldeten sich freiwillig zu dem Pflegequalitätstest und zeigten sich aufgeschlossen für die Validierungsstudie.

E 28 (Beziehungspflege-Konzept noch nicht eingeführt): Bei einer Gesamtzahl von 109 Bewohnern gaben 49 Bewohner bzw. deren gesetzliche Vertreter (N=49) eine Einverständnis zu dem Pflegequalitätstest ab. In der nach Pflegestufen geschichteten Stichprobe befanden sich dann schließlich 19 Bewohner (n=19), davon 5 Bewohner in Pflegestufe (PS) 1, 7 Bewohner in PS 2 und 7 Bewohner in PS 3. E 29 (Beziehungspflege-Konzept seit zwei Jahren eingeführt): Von insgesamt 60 Bewohnern gaben 51 Bewohner (N=51) bzw. deren gesetzliche Vertreter ihre Einverständnis zum PQT ab. 18 Bewohner (n=18) fielen zufällig nach ihrer Pflegestufe geschichtet in die Stichprobe. 8 Bewohner waren pflegebedürftig nach PS 1, 5 Bewohner nach PS 2 und 5 Bewohner nach PS 3.

**Tabelle 1: Studienpopulation der Pilotstudie Oktober 2007-April 2008**

Schlüsselnummer Heim	Platzzahl gesamt	Grundgesamtheit Einverständnis- Erklärungen: N pilot	Stichprobe n pilot	PS 1	PS 2	PS 3
E 28	109	49	19	5	7	7
E 29	60	51	18	8	5	5

### Studienpopulation der Hauptstudie

Für die Hauptstudie (Mai bis September 2008) mit dem bereits erprobten LQ-Index meldete sich freiwillig ein kommunaler Träger von 8 Altenheimen in München mit insgesamt 1963 Plätzen. Seine Motivation der Teilnahme am PQT und an der Studie war, den Leistungsstand der Heime und die Qualitätsunterschiede feststellen zu lassen. Der Träger arbeitete mit einem zentral als Stabsstelle angesiedelten QM-Team seit mehreren Jahren an der Qualitätsentwicklung mit dem besonderen Schwerpunkt der Lebensweltorientierung. Insgesamt willigten 1128 nach § 18 SGB XI pflegebedürftige Bewohner (N = 1128) bzw. deren gesetzlichen Vertreter ein, am PQT und an der Validierungsstudie

teilzunehmen. Nach einer nach Pflegestufen geschichteten Zufallsauswahl fielen davon 209 Bewohner (**n=209**) in die Stichprobe. Die Verteilung der Pflegestufen ist annähernd gleich (vgl. Tabelle 2) und entspricht der Pflegebedürftigkeitsstruktur der Grundgesamtheit.

**Tabelle 2: Studienpopulation der Hauptstudie 2008**

<b>Schlüsselnummer Heim</b>	<b>Platzzahl gesamt</b>	<b>Grundgesamtheit Einverständnis- erklärungen</b>	<b>Stichprobe</b>	<b>PS 1</b>	<b>PS 2</b>	<b>PS 3</b>
E 30	209	109	27	9	9	9
E 31	252 (27 Plätze Wachkoma)	120	26	9	9	8
E 32	262	186	28	10	9	9
E 33	260	124	26	9	9	8
E 34	278	160	26	9	8	8
E 35	272	181	27	9	9	9
E 37	206	121	25	8	9	8
E 38	224	127	26	9	9	8
<b>gesamt</b>	<b>1963</b>	<b>1128 =N</b>	<b>209</b>	<b>72</b>	<b>70</b>	<b>66</b>

Die Einrichtungs-Schlüsselnummer E 36 war bereits versehentlich für eine andere Einrichtung, die sich freiwillig am PQT 2007 beteiligte, vergeben worden, sodass die Schlüsselnummern nicht durchgängig aufsteigend sind.

### **5.5.2 mögliche Störvariablen**

#### **Einfluss der Risikostruktur der Bewohner**

Die Risikostruktur der Bewohner könnte einen Einfluss auf das Ergebnis des PQT und des LQ-Index haben. Nach Lawton et al. korrelieren die Risikofaktoren signifikant mit dem Outcome, z.B. bei Dekubitusrisiko (Lawton et al.1994:697), sodass Heime mit vielen Bewohnern, die hohe Komorbiditäten aufweisen, schlechte Outcomes verzeichnen. Die unterschiedlichen Methoden der Risikoadjustierung liefern unterschiedliche Ergebnisse (vgl. Mukamel/Brower 1998), sodass bei dem Vergleich von Outcome-Daten die Anwendung der gleichen Methode gewährleistet sein muss (Lawton et al.1994:699). Nach Gilloran et al. ist bei der Risikoadjustierung notwendig, zwischen den Risiken, die das Heim kontrollieren kann, und denen, die es nicht kontrollieren kann, zu unterscheiden (Gilloran et al.1993:370).

Wie in Kapitel 2 ausführlich erläutert, beruht der PQT nicht auf einer Outcome-Messung, sondern basiert auf einer differenzierten Output-Beurteilung des einzelnen Bewohners. Die Qualitätsanforderungen werden an den Verantwortungsbereich der Pflege und an die spezifische Situation des Bewohners gestellt. Dabei werden die bewohnerbezogenen Risiken und seine individuellen Wünsche bei der Beurteilung der Pflegequalität berücksichtigt. Die nach Pflegestufen (vgl. § 18 SGB XI, 2008) geschichtete Stichprobe ist repräsentativ für die Grundgesamtheit der Einrichtung. Der verrichtungsbezogene Hilfebedarf ist dadurch annähernd gleich verteilt. Für die Erhebung der subjektiv wahrgenommenen Lebensqualität und für die Beurteilung deren Berücksichtigung im Pflegeprozess ist jedoch die kognitive Leistungsfähigkeit und die Kommunikationsfähigkeit des Bewohners entscheidend. Pflegesensitive Outcome-Messungen sind nicht nur an den biologischen Aspekten, sondern auch an den sozialen und psychologischen Aspekten auszurichten (Stemmer 2005:433). Bei Bewohnern, die in ihrer Kommunikation und in ihrer geistigen Leistung eingeschränkt sind und nicht mehr direkt befragt werden können, sieht der LQ-Index eine differenzierte, bewohnerorientierte Informationssammlung zu den wichtigen LQ-Aspekten vor. Auf der Basis unterschiedlicher Quellen und Methoden erhebt der PQT-Auditor zusammen mit der Bezugspflegeperson die vermutlich relevanten Bereiche für die Lebensqualität des einzelnen Bewohners (*mutmaßliche Lebensqualitätsaspekte*). Diese differenzierte Datenerhebung soll Verzerrungen entgegenwirken, wie z. B. einer besseren Beurteilung der Berücksichtigung der individuellen LQ aufgrund nur wenig bekannter LQ-Aspekte. Ein hoher Anteil an Studienteilnehmern, die in der Kommunikation so stark eingeschränkt sind, dass sie den SEIQoL-DW nicht durchführen können, führt zu einer hohen Ausschlussrate und könnte die Aussagekraft des Ergebnisses der Paralleltestung mindern. In der nach Pflegestufen geschichtete Zufallsstichprobe ist von einem angemessenen Anteil an Bewohnern auszugehen, die noch selbst Auskunft geben können. Wie in Kapitel 5.5.4 erläutert ist bei dem Interview-Instrument deshalb besonders auf die Umsetzbarkeit mit demenzkranken Bewohnern zu achten.

### **Möglichkeit, der Positivauswahl aufgrund der Freiwilligkeit**

In den PQT sind ausschließlich freiwillig teilnehmende Einrichtungen eingeschlossen. Die freiwillige Teilnahme der Heime könnte eine Positivauswahl vermuten lassen. Tatsächlich beteiligten sich im Zeitraum 2005 bis 2006 z.B. größere Träger mit der Motivation, die internen Qualitätsunterschiede der trügereigenen Heime festzustellen, um daraus Handlungsbedarf im internen Verbesserungsprozess abzuleiten. Es wurden unterschiedlichste Qualitätswerte erreicht mit einer Spannweite von 34 % bzw. 3,4 Punkten. Der niedrigste Ergebniswert des PQT lag bei 32,3 %, der Höchste bei 76,9 %. Die Einrichtungsleitungen der am PQT beteiligten Heime hatten auch teilweise eine abweichende Selbsteinschätzung aufgrund der mangelnden Erfahrung mit dem PQT. Dies wird sich mit der Etablierung des Prüfinstruments und mit der Durchführung mehrerer Selbstbewertungsrunden auf Basis des Instruments ändern und zu einer Annäherung der internen und externen Einschätzung der Pflegequalität führen.

### **Manipulationsmöglichkeiten durch die Einrichtung**

Die Option einer vorherigen Selbstbewertung auf Basis des Prüfinstruments besteht, sodass insbesondere von der Heimaufsicht die Befürchtung geäußert wurde, dass die Möglichkeit der Manipulation (z.B. werden die Pflegeplanungen für die Prüfung „optimiert“. ) nicht ausgeschlossen werden kann. Die interne Arbeit mit dem Auditinstrument ist ausdrücklich im Sinne eines ständigen Verbesserungsprozesses von den PQT-Auditoren gewünscht. Die Erhebung am Prüftag bildet den aktuellen Stand ab. Aufgrund der Rekonstruktion der Pflegeprozesse über ein halbes Jahr rückwirkend wird nicht nur die tagesaktuelle Situation erfasst, sondern die Qualitätsentwicklung über 6 Monate. Die Informationen werden aus drei Quellen (Bewohner, Pflegefachkraft und Pflegedokumentation) erhoben, sodass Unstimmigkeiten auf Dokumentationsmanipulationen hinweisen können. Dadurch dass der Einrichtung im Vorfeld des Audits nur die Grundgesamtheit (ca. 75 % der nach SGB XI eingestuften Bewohner), am Prüftag selbst aber erst die Stichprobe, die tatsächlich geprüft wird, bekannt ist, sind Manipulationen über einen 6-monatigen Zeitraum bei der relativ großen Stichprobe nahezu ausgeschlossen. Eine gewisse Steuerungsmöglichkeit liegt bei der Einholung der Einverständniserklärungen vor, wobei die geforderten 75 % aller eingestuften Bewohner auch hier wenig Spielraum lassen. Zur Einholung des erforderlichen Einverständnisses aller pflegebedürftigen Bewohner erhält die Einrichtung vom MDK Bayern entsprechende Vordrucke und schriftliche Informationen für die Bewohner, sodass die Bewohner und deren gesetzlichen Vertreter sachlich und einheitlich informiert werden. Beim PQT steht weniger die Kontrolle als die systematische Reflexion des Pflegeprozesses zur langfristigen Qualitätsentwicklung im Mittelpunkt.

### **Verfälschung durch die Prüfsituation und den gesetzlichen Auftrag**

Grundsätzlich befinden sich die Prüfer des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) in einer schwierigen Position. Die Rolle des Prüfers und die Prüfsituation sind belastet durch die Tatsache, dass der MDK nicht nur die Qualität der Einrichtung, sondern auch die Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 18 SGB XI vornimmt und damit über das Gutachten den Zugang zu Versicherungsleistungen lenkt. Der Versicherte unterscheidet dabei nicht immer zwischen den unternehmensintern streng getrennten Geschäftsbereichen der externen Qualitätssicherung und der Einzelfallbegutachtung. Die Bewohner könnten dadurch in ihrem Antwortverhalten beeinflusst werden. Es ist bei der Prüfung darauf hinzuweisen, dass die Qualität der Einrichtung im Mittelpunkt steht, und nicht die Pflegestufe überprüft werden soll.

### **Beeinflussung der Befragung und Beobachtung des Bewohners durch anwesende Pflegekräfte oder Einrichtungsleitungen**

Durch die Anwesenheit eines Vertreters des Heims kann ebenso ein gewisser Zwang auf die Beantwortung von Fragen ausgeübt werden. Häufig bestehen Ängste hinsichtlich Repressalien bei der Äußerung von Beschwerden und Unzufriedenheit mit den Leistungen des Heims. Wiederum ist der Prüfer aber oft auf die Dolmetscherfunktion der Bezugspflegekraft angewiesen. Der im Hintergrund wirkende

teilstrukturierte Analyse- und Beobachtungsbogen soll nicht zuletzt die Berücksichtigung der Perspektive des Bewohners durch den Prüfer vor diesen Einflüssen weitgehend unsensibel machen. Wenn der Bewohner einverstanden ist, steht einem Vier-Augen-Gespräch mit dem Prüfer nichts im Wege.

Wie gut diese externen Einflüsse kontrolliert werden können mit Hilfe des Analyse- und Beobachtungsbogens (Prüfanleitung) und, wie zuverlässig die neuen Prüffragen/Items des Analyseinstruments die Berücksichtigung der Lebensqualität des Bewohners im Pflegeprozess beurteilen können, soll durch die nachfolgend beschriebenen Parameter gemessen und kritisch beleuchtet werden (vgl. Tabelle 3).

### **5.5.3 Überprüfung der Gütekriterien**

Die Eignung des Instruments zur Erfassung des Konstrukts (Konstruktvalidität)

wird in erster Linie über die Expertenbewertung überprüft. Dazu erhalten die Bezugspflegepersonen der in der Stichprobe eingeschlossenen Bewohner und die Auditoren einen Fragebogen auf der Basis eines strukturierten kollegialen Interviews ((Holloway/Wheeler 1997:71). Jede Prüffrage des LQ-Index wird nach folgenden Kriterien von den Experten bewertet: Verständlichkeit der Prüffrage, Eignung für die fachliche Reflexion des Pflegeprozesses hinsichtlich der Berücksichtigung der Lebensqualität, Nützlichkeit der Hinweise im teilstrukturierten Analyse- und Beobachtungsbogen, Eignung der vorgegebenen Antwortkategorien und Unterstützung bei der Ausrichtung des Pflegeprozesses an der LQ des Bewohners.

Im Rahmen eines konvergenten Ansatzes werden die Ergebnisse des LQ-Index einer parallelen Bewertung mit den Ergebnissen der Bewohnerbefragung mit Hilfe des SEIQoL-DW (Referenzstandard) unterzogen, der zuvor als Referenzstandard für das Konstrukt belegt wird. Die neuen Prüffragen/Items des LQ-Index erheben und bewerten den Grad, zu dem die subjektiv wahrgenommene Lebensqualität des Bewohners im Pflegeprozess berücksichtigt wird, während das SEIQoL-Interview eine Selbsteinschätzung der subjektiv erlebten LQ liefert, sodass die Konstrukte des LQ-Index und des SEIQoL übereinstimmen. Die Grundannahme dabei ist, dass bei systematischer Berücksichtigung der LQ-Aspekte des Bewohners im Pflegeprozess, die subjektiv wahrgenommene Lebensqualität durch den Bewohner ebenfalls hoch bewertet wird.

Mit Hilfe des Kontrastgruppenansatzes wurde die innere Validität bzw. Sensitivität durch Verwendung des Instruments in einem Heim, in dem hohe Werte und in einem Heim, in dem niedrige Werte vermutet werden, überprüft. Die Auswahl der Heime in der Pilotphase erfolgt über die Teilnehmer an einem Projekt zur Einführung eines Beziehungspflege-Konzepts. Bei Heimen, die bereits das Konzept der

Beziehungspflege eingeführt haben, ist von höheren Werten auszugehen als bei Heimen, die noch nicht das Konzept umsetzen.

Ob jedes Item des LQ-Index wirklich indikativ für die Berücksichtigung der Lebensqualität im Pflegeprozess (LQ-Index) ist (Homogenität, innere Konsistenz), wird in erster Linie über die Expertenbewertung überprüft. Dabei ist interessant, ob die Bewertung der unterschiedlichen Prüffragen annähernd gleich ausfällt oder ob es signifikante Unterschiede gibt. Durch die Überprüfung der Übereinstimmung der Ergebnisse von Itemblocks mit dem LQ-Index wird die Konsistenz der Bewertung des Konstrukts getestet.

Die Umsetzbarkeit des Instruments im realen Alltags- und Arbeitsleben im Heim und im Audit (Praktikabilität) muss die Expertenbewertung und hier insbesondere die Bewertung der Auditoren zeigen.

Der Verbraucher muss sich verlassen können, dass eine Testwiederholung zu annähernd gleichen Ergebnissen führt (Interraterreliabilität), d.h. das Ergebnis darf nicht nur eine tagesaktuelle Situation abbilden. Dies ist abhängig von der Präzision des Instruments, der Variabilität des Beobachters und von arithmetischen Fehlern (Greenhalgh 2003:146). Durch Rekonstruktion des Pflegeprozesses und des pflegerischen Verlaufs über ein halbes Jahr ist gewährleistet, dass der LQ-Index nicht nur eine Momentaufnahme der Versorgungssituation ist. Die Variabilität der Prüfer z.B. aufgrund unterschiedlicher beruflicher Sozialisation und unterschiedlicher Fort- und Weiterbildungen wird minimiert, durch die Prüfanleitung mit genauer Definition der Prüfbereiche und der Bedingungen, wann positiv zu bewerten ist. Der in der Pilotphase entwickelte Analyse- und Beobachtungsbogen (Prüfanleitung zu den neuen Prüf-Items des LQ-Index) unterstützt den Prüfer bei der Bewertung der neuen Items nach einheitlichen Grundlagen. Eine fundierte, konzeptgestützte Schulung der Prüfer sorgt für die spezifische Qualifikation und eine Vereinheitlichung der Beobachtungs- und Befragungstechniken im Audit (LoBiondo-Wood/Haber 1996:230). Der PQT sieht außerdem eine Doppelprüfung bei jedem 10. Bewohner mit anschließender Berechnung der Interrater-Reliabilität vor. Es ist festgelegt, dass der Korrelationskoeffizient der Prüfergebnisse mindestens 0,7 betragen muss. Diese Doppelprüfungen werden auf den LQ-Index ausgeweitet.

**Tabelle 3: Übersicht über die Testwerte des Analyseinstruments**

<b>Kriterium</b>	<b>zu erhebender Testwert, Methode</b>	<b>Grenzwert für positive Beurteilung</b>	<b>tatsächlich erreichter Wert</b>
Konstruktvalidität	<b>Expertenbewertung</b>  Paralleltest mit Befragung SEIQoL-DW	Rücklaufquote mind. 20 %, mehr als 50 % Zustimmung  Korrelationskoeffizient $r > 0,7$	Rücklaufquote: Bezugspflegekräfte: 55,3 %, Auditoren: 80 % mehr als 80 % Zustimmung über alle Items  Pearson-KOR= 0,81
Innere Validität Sensitivität	Kontrastgruppenansatz	mind. 2,5 Punkte Unterschied im Ergebnis des LQ-Index	LQ-Index E 28= 3,7 P. LQ-Index E 29= 8,3 P. $r = 4,6$ P.
Innere Konsistenz Homogenität	<b>Expertenbewertung</b>  Faktorenanalyse von Bildung Itemblocks	wie bei Konstruktvalidität  Korrelationskoeffizient $r > 0,7$	Rücklaufquote: Bezugspflegekräfte: 55,3 %, Auditoren: 80 % mehr als 80 % Zustimmung über alle Items  Fragenkomplex I: KOR= 0,853 Fragenkomplex II: KOR= 0,899
Praktikabilität	<b>Expertenbewertung</b>	wie bei Konstruktvalidität	Rücklaufquote: Bezugspflegekräfte: 55,3 %, Auditoren: 80 % mehr als 80 % Zustimmung über alle Items
Interraterreliabilität	Paralleltest zweier Auditoren bei jedem 10. BW	Korrelationskoeffizient $r > 0,7$	K=0,63 (SD= 0,27)

### **Informierte Einverständnis der Studienteilnehmer**

Die schriftliche Einverständnis zum PQT und zur Validierungsstudie mit Anwendung des SEIQoL-Instruments wird vom Bewohner bzw. dem gesetzlichen Vertreter eingeholt. In die Grundgesamtheit fallen nur diejenigen Bewohner, die sich einverstanden erklärt haben. Zum Formblatt der Einverständniserklärung erhalten die Bewohner bzw. gesetzlichen Vertreter ein Informationsschreiben des MDK Bayern über den PQT und die Validierungsstudie. Zusätzlich werden die Bewohner bzw. die anwesenden gesetzlichen Betreuer am Prüftag erneut mündlich von den Auditoren informiert und um

Einverständnis gebeten. Die Heim- und Pflegedienstleitungen werden im Rahmen des Informationsgesprächs umfassend zum PQT und zur Validierungsstudie informiert und angehalten, diese Informationen an die Bewohner und deren gesetzlichen Betreuer weiterzugeben, sodass von einer informierten Einverständnis ausgegangen werden kann. Die Bezugspflegerkräfte werden am Prüftag nochmals über den PQT und die Validierungsstudie informiert und erhalten Gelegenheit, Fragen zu stellen. Bei der Schulung der PQT-Auditoren wurde darauf hingewiesen, dass das Thema Lebensqualität sehr privat ist und existentielle Relevanz hat. Das Thema kann Lebensereignisse, wie z.B. der Umzug in´s Heim, die durchaus als existenziell bedrohend oder gar traumatisch erlebt wurden, wieder hervorholen, und starke Emotionen und psychischen Belastungen auslösen. Der Interviewer hat sich deshalb vorher unbedingt bei der Bezugspflegerperson über sensible Themen bei jedem Bewohner zu informieren. Die Auditoren werden als SEIQoL-Interviewer nach dem Original Manual des Royal College of Surgeons, Dublin geschult, wobei auf die kulturellen Besonderheiten der bayerischen Heimbewohner aufmerksam gemacht wird (vgl. Kühn-Porst 1999). Die Erfahrungen des Pretests fließen bereits in die Schulung mit ein. Die überarbeitete Prüfanleitung des PQT zur Visite beim Bewohner beinhaltet wichtige Hinweise und Regelungen zur wertschätzenden und personenorientierten Gesprächsführung. Auf einen positiven Gesprächsverlauf ist insbesondere beim Abbruch des SEIQoL-Interviews aufgrund von kommunikativen und kognitiven Einschränkungen des Bewohners zu achten.

#### **5.5.4 Paralleltestung mit SEIQoL-DW**

##### **Die Umsetzung des SEIQoL-DW im Rahmen des LQ-Index beim Pflegequalitätstest (PQT)**

Am 26.09.07 und am 28.09.07 wird der SEIQoL-DW mit Kolleginnen aus der Teamassistenz und mit einem Kollegen (Referatsleiter Einzelfallbegutachtung) erprobt. Die erwartete Lieferung der Originaltestunterlagen und der „disk“ traf pünktlich ein. Der Umgang mit der Drehscheibe („disk“) erweist sich für gesunde, in der Feinmotorik nicht eingeschränkte Menschen schon als schwierig, sodass für die Validierungsstudie im Setting Altenheim damit zu rechnen ist, dass die Prüfer die Drehscheibe für die Bewohner bedienen müssen. Die Prüfer werden in der Schulung im April 2008 darauf aufmerksam gemacht werden, dass dadurch eine mögliche Einflussnahme auf die subjektive Gewichtung der fünf Lebensbereiche möglichst vermieden werden muss durch häufige Rückfragen, ob die Einstellung der individuellen Bewertung des Bewohners wirklich entspricht. Es ist außerdem darauf zu achten, dass die Scheibe für den Bewohner immer gut sichtbar ist. Falls visuelle Einschränkungen bestehen, kann der Gutachter auch über die Vorstellung einer Uhr mit dem Bewohner arbeiten, indem er ihn bittet, die Scheibe nach Uhrzeiten aufzuteilen (ein Lebensbereich, dem 20 Minuten der vollen Stunde zuerkannt werden ist bedeutungsvoller als ein Lebensbereich, dem nur 5 Minuten zugesprochen werden). Die spezifische Anwendung der Drehscheibe bei der Arbeit mit alten Menschen im Pflegeheim wird daraufhin in der übersetzten Verfahrensanweisung noch ergänzt. Für den Pretest wurden Formulare entwickelt zur handschriftlichen Dokumentation der Befragung im Rahmen des SEIQoL-DW gemäß der

original englisch verfassten Verfahrensanweisung des Royal College of Surgeons of Ireland und zur Dokumentation der Bewertung der Zusatzfragen des Analyseinstruments. Die Prüfanleitung des SEIQoL-DW wurde ins Deutsche übersetzt und den Prüfern zur Verfügung gestellt. Der Pretest wurde von der Forscherin selbst und einer Auditorin, die die Prüfanleitung des PQT mit entwickelt hat, durchgeführt. Diese Auditorin wurde von der Forscherin im Vorfeld angeleitet und mit dem SEIQoL-DW vertraut gemacht. Der Interview-Bogen („interview record form“) wurde übersetzt und in Form gebracht. Die Dokumentation der Testwerte des SEIQoL-DW wurde ebenfalls auf einem dafür entwickelten Formblatt handschriftlich festgehalten. Die Werte wurden nachträglich von der Teamassistentin in die Auswertungstabelle (Excel-Sheet) eingetragen und elektronisch ausgewertet.

Der Pretest zeigte, dass es wichtig ist, jedem Bewohner, die Chance zu geben die Fragen zur LQ zu beantworten, auch, wenn eine Bewertung nicht mehr möglich ist. Die dadurch gewonnenen Informationen waren im Anschluss an die Visite im Fachgespräch mit der Bezugspflegeperson sehr wertvoll, um die Berücksichtigung der genannten wichtigen Aspekte hinsichtlich der Lebensqualität des Bewohners zu reflektieren. Auch wenn nur ein wichtiger Lebensbereich vom Bewohner benannt werden konnte, hatte dies große Bedeutung für den Bewohner, als Person, die im Heim wohnt und lebt und seine Lebensgeschichte fortsetzt und Zukunftsperspektiven entwickeln will. Die Information ist für die Bezugspflegeperson sehr relevant für den Pflegeprozess und kann häufig von dem abweichen, was die Pflegekraft meint, dass dem Bewohner wichtig ist. Außerdem nahmen die Bewohner das Interesse an ihrer Lebensqualität meist dankbar auf und erzählten viel zu ihrem Leben im Heim und zu Aspekten, die meist zuvor im Fachgespräch noch kein Thema waren. Es gab häufig Fehleinschätzungen (in beide Richtungen) der Bezugspflegepersonen über die Fähigkeit des Bewohners, das SEIQoL-Interview durchführen zu können. Die Bewohner äußerten sich Fremden gegenüber, bzw. Personen, die sich als Beauftragte der Pflegekasse zu erkennen gaben auf andere Art und Weise.

Insbesondere im Vier-Augen-Gespräch werden auch Unzufriedenheit und Beschwerden mitgeteilt. Die Vermutung der Bewohner, dass der SEIQoL ein Test der kognitiven Leistungsfähigkeit sei, löste insbesondere bei Bewohnern, die mit solchen Tests (z. B. MMSE) Erfahrung hatten, eine Abwehrhaltung aus. Dabei erwies sich als sehr nützlich, durch ein einleitendes Gespräch eine Beziehung und Vertrauen aufzubauen. Die Zusicherung, dass es sich um eine reine Selbsteinschätzung ganz subjektiver Aspekte handelt und die Gewährleistung der Anonymität erleichterten den Zugang zu diesem Thema. Am Ende des Interviews erwarteten die Bewohner eine Rückmeldung über die Übereinstimmung des SEIQoL-Index mit der subjektiv empfundenen Lebensqualität insgesamt. Wenn allerdings der Schwerpunkt der Betrachtung auf den Index als vergleichbare Zahl gelegt wird, so kann das individuelle Profil und die wichtige qualitative Information über LQ-Aspekte aus den Augen verloren werden (Hickey et al. 1999:128). Auch, wenn der Bewohner keinen oder nur einen wichtigen LQ-Aspekt benennen konnte, war ein positiver und wertschätzender Gesprächsverlauf und -abschluss möglich und notwendig. Keinesfalls durfte ein Frustrationserlebnis entstehen, wenn das Interview nicht oder nicht vollständig durchführbar

war. Aus der einleitenden Frage nach wichtigen Lebensbereichen lassen sich sehr gut andere positive Gesprächsinhalte entwickeln.

In der Hauptstudie machten die Interviewer Erfahrungen mit taubstummen Bewohnern. Unter Einsatz des Laptops mit extra großer Schriftgröße, der Zeichensprache und eindeutiger „Ja-Nein-Fragen“ war auch mit diesen Personen das Interview möglich. Zukünftig können hier Bild- und Wortkarten hilfreich sein. Ein wesentlich höherer Zeitaufwand - bei einer taub-stummen Bewohnerin mit uneingeschränkter kognitiver Leistungsfähigkeit dauerte das Interview zwei Stunden – ist einzukalkulieren. Die Ergebnisse, insbesondere für die Verbesserung des Pflegeprozesses hinsichtlich der Berücksichtigung der Lebensqualität rechtfertigen allerdings diesen Aufwand. Bei der Anwendung des SEIQoL-Interviews bei blinden oder stark sehbeeinträchtigten Bewohnern konnten die farbigen Segmente der Disk oft noch lange erkannt werden, während sich die numerischen Skalen als unbrauchbar erwiesen. Mit der Vorstellung einer Uhr (zur Gewichtung der LQ-Aspekte) oder eines Stimmungsbarometers mit einer Skala von 1-100 (Erfüllungsgrad der LQ-Aspekte), war aber auch eine quantitative Selbsteinschätzung möglich. Die Dokumentation der benötigten Zeit für das SEIQoL-Interview erwies sich als sehr schwierig. Im Gesprächsverlauf die Anfangszeit (Übergang vom Einführungsgespräch zum SEIQoL-Interview) und die Endzeit zu stoppen erwies sich für die Auditoren als schwer umsetzbar. Kognitive Einschränkungen des Bewohners zeigten sich spätestens bei der zweiten Interview-Frage zum Erfüllungsgrad der genannten LQ-Aspekte, wenn der Bewohner seine Schlagworte nicht wieder erkannte oder mit der Schublehre nicht zurecht kam. Feinmotorische Schwierigkeiten mussten von der kognitiven Einschränkung differenziert werden. Waren die sensomotorischen und kognitiven Einschränkungen so ausgeprägt, dass eine direkte Befragung zur LQ mit Hilfe des SEIQoL-Interviews nicht möglich war, so wurde die differenzierte Informationssammlung des LQ-Index eingesetzt, um die wichtigen LQ-Aspekte des Bewohners zu eruieren. Die Experten (Bezugspflegerpersonen und PQT Auditoren) bewerten die Prüf-Items kritisch mit der Möglichkeit im Freitext Verbesserungsvorschläge zu unterbreiten.

### **5.5.5 Expertenbewertung**

Eine Verfälschung der Expertenbewertung konnte durch die gesetzliche Rolle des MDK Bayern (vgl. §§ 112 ff. SGB XI) angenommen werden, auch wenn der Pflegequalitätstest als freiwilliges Audit keinerlei direkte leistungsrechtliche Konsequenz nach sich ziehen konnte. Auf die Anonymität der Rückmeldungen war deshalb besonders zu achten. Um die kognitiven Prozesse („cognitive interview“ nach Dillman/Redline 2004) bei der Reflexion und Beurteilung der Prüffragen zur Lebensqualität möglichst zeitnah abzubilden, wurden die Bezugspflegerpersonen gebeten, die Expertenbewertung am letzten Prüftag abzugeben. Mit der Think-aloud-Methode (vgl. Dillman/Redline 2004) hätte der Beurteilungsprozess und die Abwägung der verschiedenen Informationen genauer analysiert werden können. Im Fachgespräch mit der Bezugspflegerperson vor Ort wären die Teilnehmer aber zu sehr unter Druck geraten, wenn sie in der Prüfsituation auch noch ihre Gedanken zu den Prüffragen laut äußern

sollten. Nach Joyce hat die Expertenbewertung, ohne dass sich die Experten wie in der Delphi Runde sich treffen, den Nachteil, dass die Bewertung nicht erklärt werden kann (Joyce 1991:18). Aus ökonomischen Gründen ist aber eine Delphi Runde ohne zusätzliche Projektfinanzierung nicht zu leisten. Für die Strukturierung der Bewertungsfragen wurde die Judgement Analysis Methode (Wie kombiniert der Auditor die Informationen aus unterschiedlichen Quellen bis zur Urteilsbildung) angewandt (Joyce 1991:19 f.), wobei das 4-Stufen-Modell von Tourangeau 1984 die Bewertungsebenen bestimmte (vgl. Dillman/Redline 2004/Willis 2004). Jedes Prüfitem des LQ-Index wurde somit hinsichtlich der Verstehbarkeit (comprehension), der Organisation der Information (retrieval), der Urteilsbildung (judgement) und des Antwortformats (response) durch die Experten bewertet. Ergänzend dazu konnten die Praktiker eine Gesamtbewertung hinsichtlich der Eignung des Prüfitems zur Reflexion der LQ im Pflegeprozess abgeben, um die Konstruktvalidität zu überprüfen. Jede Frage der Expertenbewertung bot Raum für einen Freitext für Kritik und Verbesserungsvorschlägen, der inhaltlich ausgewertet wurde.

Um den Bezugspflegepersonen die Anonymität ihrer Expertenbewertung zu gewährleisten, sah der Fragebogen lediglich die Schlüsselnummer der Einrichtung, das Datum und die Kennzeichnung der Funktion (Auditor oder Bezugspflegekraft) vor. Die Bögen wurden mit einer Erläuterung vom Ansprechpartner des Auditorenteams an die Bezugspflegeperson im Anschluss an das Fachgespräch übergeben. Die Abgabe des ausgefüllten Fragebogens erfolgte über die verantwortliche Pflegefachkraft, die dann den Rücklauf gesammelt an die verantwortliche Auditorin am Ende des letzten Prüftages übergab, sodass keinerlei Verbindung zwischen Bewertungsbogen und Experte hergestellt werden konnte. Die Bezugspflegepersonen konnten somit sicher sein, dass keinerlei Rückschlüsse auf ihre Person gezogen werden können. Die verantwortliche Auditorin wies in die Bewertungsfragen ein, indem in der Regel am ersten Prüftag den Multiplikatoren der Einrichtung die Expertenbewertung erklärt wurde. Sollten bei den Bezugspflegepersonen Fragen zu der Expertenbewertung auftreten, so waren ausreichend Ansprechpartner zur Verfügung. Die Erläuterung der Expertenbewertung war erforderlich, da die Beurteilung der neuen Prüffragen eine doppelte Reflexionsarbeit von den Pflegenden forderte. Die Fragen zur Reflexion der praktischen Arbeit mussten wiederum reflektiert und beurteilt werden im Hinblick auf ihre Eignung. Es war auch ein Novum, dass Praktiker vor Ort über die Prüffragen des MDK Bayern urteilen und diese bewerten sollten. Von der verantwortlichen Auditorin wurde explizit darauf hingewiesen, dass insbesondere Kritik und Verbesserungsvorschläge die Qualität der Prüffragen verbessern helfen und gewünscht seien. Außerdem wurde zugesichert, dass die Expertenbewertung erst nach dem Pflegequalitätstest ausgewertet wird. Damit war die Befürchtung zu entkräften, dass die Expertenbewertung Einfluss auf das Ergebnis des Pflegequalitätstests haben könnte. Bevor die Expertenbewertung in der Hauptstudie zum Einsatz kam, musste sie hinsichtlich Akzeptanz und Umsetzbarkeit getestet werden. Dies erfolgte in der Pilotstudie, deren Ergebnisse nun nachfolgend dargestellt werden.

## 6. Ergebnisse des Pretests und Optimierung des Instruments

### Bewohnerstruktur der Piloteinrichtungen

**Einrichtung Nr. 28 (E 28):** In der Stichprobe befanden sich 17 Frauen (89,47 %) und 2 Männer (10,53 %). Bei 11 (57,89 %) Bewohnern wurde eine Demenz unterschiedlicher Form als pflegebegründende Diagnose angegeben. Der Grad der Demenz war nicht eingeschätzt. Bei 3 Bewohnern (15,79 %) lag nur eine Diagnose (Demenz) als pflegebegründend vor, bei 5 Bewohnern (26,32 %) lagen zwei pflegebegründende Diagnosen, bei 9 (47,37 %) Bewohnern lagen drei und bei 2 Bewohnern (10,53 %) lagen sogar vier pflegebegründende Diagnosen vor. Die mittlere Aufenthaltsdauer betrug 4,9 Jahre. Der jüngste Bewohner war 75 und der älteste 98 Jahre. Das durchschnittliche Alter betrug 86 Jahre. 9 Bewohner (47,37 %) waren mit Bettgitter fixiert, wobei bei 4 Bewohnern ein richterlicher Beschluss zur Genehmigung vorlag. Bei den restlichen 5 Bewohner mit Bettgitter lag entweder ein ärztliches Attest zur Bestätigung der Unfähigkeit zu willentlich-gesteuerten Bewegungen oder eine Einwilligung des Bewohners vor.

**Einrichtung Nr. 29 (E 29):** Auch hier überwog der Frauenanteil mit 77,78 % (14 Frauen) gegenüber den Männern mit 22,22 % (4 Männer). Bei 10 Bewohnern (55,56 %) wurde eine Demenz als pflegebegründend angegeben. Auch in dieser Einrichtung war der Grad der Demenz nicht bestimmt. Bei 2 Bewohnern (11,11 %) lag eine Diagnose, bei 5 Bewohnern zwei Diagnosen, bei 6 Bewohnern drei Diagnosen und bei 5 Bewohnern lagen vier Diagnosen vor, die den Hilfebedarf begründeten. Die mittlere Aufenthaltsdauer betrug 3,6 Jahre. Der jüngste Bewohner war 71 Jahre und der älteste 102 Jahre. Das mittlere Alter lag bei 89 Jahren. Insgesamt drei Bewohner der Stichprobe (16,67 %) waren von Fixierungsmaßnahmen betroffen. davon hatten zwei Bewohner durchgehende Bettgitter, wobei das Bettgitter bei einem Bewohner mit richterlicher Genehmigung und bei einem Bewohner mit Einverständnis des Bewohners angewandt wurde. Eine Bewohnerin war von der Fixierung mit Bettgitter und Bauchgurt betroffen. Die Fixierungsrate der E 29 lag somit deutlich niedriger als in der E 28.

### Ergebnisse des Pretests

In der E 28 konnte bei insgesamt 6 Bewohnern der Stichprobe (n= 19) der SEIQoL angewandt werden. Dies entspricht einer Teilnahmequote von 31,58 %, was sich mit den Erfahrungen bei der Zufriedenheitsbefragung im Rahmen der Regelprüfung nach §§ 112 ff. SGB XI deckt. Vier der am SEIQoL beteiligten Bewohner konnten die Selbsteinschätzung zur subjektiv wahrgenommen Lebensqualität vollständig durchführen. Bei zwei Bewohnern musste die Befragung abgebrochen werden. Eine Bewohnerin konnte trotz Auswahlliste nur einen wichtigen Lebensbereich nennen. Es traten schwere Konzentrationsstörungen auf, die von der Bereichsleitung bisher noch nicht wahrgenommen wurden. Insgesamt wurde die kognitive Leistungsfähigkeit der Bewohnerin durch die Bezugspflegekräfte viel besser eingeschätzt als sich dies schließlich beim Interview zeigte. Bei der zweiten Bewohnerin musste

die Befragung bei der Selbsteinschätzung des Erfüllungsgrades (level) abgebrochen werden. Die Bewohnerin hatte ihre Stichworte für die genannten fünf wichtigen Lebensbereiche nicht mehr erkannt und zeigte Übermüdung und Konzentrationsmangel.

Zur Beantwortung der Prüffragen des LQ-Index zogen die Prüfer im Wesentlichen die biografischen Daten und Angaben der Bezugspflegeperson heran. Meist wurde das Thema Bedeutung von Pflegesituationen und die subjektiv wahrgenommene Lebensqualität im AEDL 13 (existenzielle Erfahrungen des Lebens) im Rahmen des in der Einrichtung angewandten Strukturmodells von M. Krohwinkel bearbeitet.

Die Einrichtung E 28 erreichte einen Gesamtscore von 3,7 Punkten im LQ-Index. Im Pflegequalitätstest PQT wurde ein Gesamtergebnis von 5,6 P., entsprechend der Qualitätsstufe III (aktivierende Pflege) erreicht, wobei das Ergebnis des sich in Erprobung befindlichen Prüfbereichs LQ-Index nicht einfluss in das Prüfergebnis des PQT. In der E 29 konnte die Pilotstudie bereits EDV-gestützt durchgeführt werden. Die Prüf-Items wurden dabei auf der Basis von Lotus notes 6.0 programmiert. Die zweite Piloteinrichtung arbeitete bereits seit zwei Jahren mit einem spezifischen Konzept der Beziehungspflege. Die Bezugspflegepersonen waren geschult und sehr bewusst im Umgang mit biographischen Daten. Lebensereignisse wurden hinsichtlich ihrer Bedeutung für die aktuelle Pflegesituation ausgewertet. Unsere neuen Prüffragen zum LQ-Index wurden konstruktiv aufgegriffen. Das Fachgespräch folgte anfangs noch meist der Reihenfolge der Prüfbereiche des PQT, wobei die Fragen zur Lebensqualität zum Schluss gestellt wurden. In der Einrichtung hatte aber Biographie- und Beziehungsarbeit einen zentralen Stellenwert und bald wurde von den Bezugspflegepersonen eingefordert, dass auch im Fachgespräch zuerst auf den Bewohner als Person mit seiner Lebensgeschichte eingegangen werden soll. Für die Prüfer stellte sich bald heraus, dass der Aufbau des Fachgesprächs über die Person und ihren lebensgeschichtlichen Hintergrund sehr günstig erwies, um die Prioritäten des Bewohners bei jedem Prüfbereich des PQT besser berücksichtigen zu können. Die Bezugspflegepersonen der E 29 bewirkten damit eine wesentliche Verbesserung der Vorgehensweise beim Audit im Zusammenhang mit der Frage nach der Lebensqualität. Die Einrichtung E 29 erreichte nahezu das gleiche Ergebnis beim PQT mit einem Gesamtwert von 5,7, was die Einrichtung sehr enttäuschte, aufgrund der großen Anstrengungen, die die Mitarbeiter in den letzten zwei Jahren unternahmen, um die Beziehungsarbeit mit dem Bewohner zu verbessern. Der LQ-Index wurde bei allen Bewohnern erhoben und lag allerdings wesentlich höher als bei der E 28, nämlich bei 8,3 P.. Allerdings konnte nur bei zwei Bewohnern das SEIQoL-Interview komplett durchgeführt werden.

**Tabelle 4: Ergebnisse Schedule for the evaluation of individual quality of life-Index und Lebensqualitäts-Index Pilotheim E 29**

<b>Bewohner-Nr.</b>	<b>004</b>	<b>008</b>
SEIQoL-Index	73,8	84,8
LQ-Index	83,3	83,3

Aufgrund der geringen Datenmenge des Pretests wurden die weiteren Testwerte des Studienplans noch nicht berechnet. Die Expertenbewertung wurde in dieser Phase entwickelt und vereinzelt erprobt. Die Prüfsoftware für die Prüf-Items des LQ-Index wurde in die PQT-Prüfsoftware integriert. Die Expertenbewertung wurde ebenfalls für die Auditoren auf dem PC angelegt. Die SEIQoL-Dokumentation (interview record form) war in der zweiten Pilotheinrichtung bereits per EDV angelegt. Der SEIQoL-Index konnte automatisch berechnet werden. Konzeptionell und EDV-technisch war die Hauptstudie im Jahr 2008 damit gut vorbereitet.

## **7. Schulung der Auditoren**

Die Basisschulung der PQT- Auditoren umfasst insgesamt 2 Tage im März 2008. Zusätzlich wird an weiteren zwei Schulungstagen anhand von Praxisbeispielen die Vorgehensweise reflektiert, sodass der Schulungsaufwand bei insgesamt 4 Tagen liegt für bereits erfahrene Auditoren mit Zusatzqualifikation im QM-Bereich. Die Doppelprüfungen werden an den Reflexionstagen bei diskrepanten Bewertungen intensiv besprochen. Ebenfalls können Erfahrungen zur Handhabung der Prüfitems des LQ-Index und zum SEIQoL-Interview ausgetauscht werden. Die Prüfitems zum LQ-Index und die SEIQoL-Interviewer-Schulung finden am 2. Basisschulungstag statt. Bei der Schulung werden die Erwartungen der Auditoren an die Berücksichtigung der Lebensqualität bei der Qualitätsprüfung erhoben und deren Erfüllung bewertet. Den Auditoren wird das Pflege- und Qualitätsverständnis, die dem LQ-Index zugrunde liegen, vermittelt. Der Begriff der LQ wird definiert und diskutiert. Das Verständnis vom Pflegeprozess als Problemlösungsprozess wird um die Dimension des systematischen Beziehungs- und Aushandlungsprozesses erweitert. Ein erweitertes Modell des Total Quality Management mit der Dimension der Lebensqualität wird entwickelt. Die Auditoren werden trainiert für die Erfassung der LQ im Begutachtungsprozess sowohl direkt beim Bewohner mit Hilfe des SEIQoL-DW als auch im Fachgespräch und bei der Dokumentationsanalyse. Die Erfahrungen, die in den Pilotheinrichtungen gesammelt wurden, werden weitergegeben und geben Sicherheit bei der Anwendung dieses bisher noch unbekanntes Assessmentinstruments. Die Auditoren können dabei während der Schulung bereits den Umgang mit der im Pretest entwickelten Prüfsoftware und dem EDV-gestützten SEIQoL-Interview lernen.

## 8. Datenauswertung und Ergebnisse

### 8.1 Charakteristika der Stichprobe in der Hauptstudie

1128 Bewohner bzw. deren gesetzlichen Vertreter erklärten sich mit dem PQT und mit der Teilnahme an der Validierungsstudie einverstanden. Entsprechend der Stichprobenplanung wurden in den 8 Einrichtungen des kommunalen Trägers von dieser Grundgesamtheit 209 Bewohner begutachtet und der LQ-Index erhoben. Das durchschnittliche Alter betrug 84 Jahre. Die Altersspanne war sehr groß und lag zwischen 55 und 107 Jahre. Der Frauenanteil überwog mit 71 %. Im Bundesdurchschnitt liegt der Anteil der Pflegebedürftigen bei den Männern bei 27,7 % (85-unter 90 Jahre) und bei den Frauen bei 40,7 % (85-unter 90 Jahre) (Robert-Koch-Institut 2004). Die Aufenthaltsdauer lag durchschnittlich bei 3,3 Jahre, zeigte aber eine Spannweite von 3 Monaten bis 27 Jahre. Die Bewohnerin, die erst seit 3 Monaten in der Einrichtung lebte wurde in die Stichprobe einbezogen, da sie vor der stationären Aufnahme bereits zwei Monate in der Kurzzeitpflege im Heim zur Probe wohnte. Der Grad der Pflegebedürftigkeit nach § 18 SGB XI war bei 71 Bewohnern Pflegestufe 1 (34 %), bei weiteren 71 Bewohner die Pflegestufe 2 (34 %) und bei 67 Bewohnern (32 %) die Pflegestufe 3. Im Vergleich dazu nehmen laut Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2004 (vgl. RKS 2004) in der stationären Pflege 22,7 % der Pflegebedürftigen Leistungen der Stufe I, 35,1 % Leistungen der Stufe II und 47,3 % Leistungen der Stufe III in Anspruch. 56 % der zufällig ausgewählten Bewohner litten unter einer Form der Demenz. Die Diagnose war nicht immer fachärztlich differenziert gestellt. Der Schweregrad der Demenz wurde meist nicht erhoben, sodass alle Schweregrade in der Stichprobe vertreten waren. Laut Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2004 liegt die Prävalenzrate von mittelschweren und schweren Demenzen in Deutschland 1996 bei 23,9 % (85-89 Jährige) und bei 34,6 % (90 Jährige und ältere), sodass die Stichprobe durch eine relativ hohe Prävalenz der Demenz auffällt. Bei 64 Bewohnern (31 %) lagen 4 pflegebegründende Diagnosen vor, bei weiteren 70 Bewohnern (33,5 %) lagen bereits 3 unterschiedliche pflegebegründende Diagnosen vor, sodass etwa ein Drittel der Bewohner der Stichprobe als multimorbid zu bezeichnen ist.

**Tabelle 5: Bewohnercharakteristika der Stichprobe n = 209**

Merkmal	Alter	Frauen	Männer	Aufent- halts- dauer	PS I	PS II	PS III	Demen- z F00- F05.1	3 pflege- begr. Diagno- sen	4 pflege- begr. Diagno- sen	FeM
Anzahl	209	149	60		71	71	67	118	70	64	47
Spann- weite r	55 – 107 Jahre			3 Monate – 27 Jahre							
Durch- schnitt	84			3,3 Jahre							
Prozent Anteil		71,29	28,71		33,97	33,97	32,06	56,46	33,49	30,62	22,49

Insgesamt wurden bei 47 Bewohnern, also bei einem prozentualen Anteil von 22,5 % Freiheitsentziehende Maßnahmen angewandt. Am häufigsten (33 Bewohner) wurde die Freiheit durch Bettgitter eingeschränkt, was sich mit den Ergebnissen anderer Studien deckt (vgl. Bredthauer 2002). Bettgitter und Bauchgurt wurden bei einem Bewohner, Bettgitter und Vorsatztisch bei 2 Bewohner und „nur“ ein Vorsatztisch bei einem Bewohner angewandt. 12 Bewohner hatten einen Unterbringungsbeschluss. Bei der Beurteilung der Pflegeprozesse im Zusammenhang mit herausfordernden-selbstgefährdenden Verhaltensweisen und hohem Risiko für eine Freiheitsentziehende Maßnahme zeigten sich bei allen Heimen überdurchschnittlich gute Ergebnisse im PQT (Durchschnitt aller Einrichtungen des Trägers lag bei 8,1 Punkten bei maximal 10 möglichen Punkten). Der Durchschnitt der bisher mit dem PQT geprüften Einrichtungen lag bei 3,9 Punkten.

**Der Hilfebedarf der Bewohner der Stichprobe:** 76 Bewohner (36,37 %) waren von chronischen Schmerzen betroffen. 172 Bewohner (82,29 %) hatten einen Hilfebedarf bei der sozialen Teilhabe. Bei 122 Bewohner (58,37 %) lag ein erhöhtes Sturzrisiko vor. Ein erhöhtes Dekubitusrisiko zeigten 88 Bewohner (42,12 %), dabei hatten 125 (59,81 %) Bewohner einen Hilfebedarf bei der Mobilitätsförderung. 157 Studienteilnehmer (75,13 %) mussten im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung unterstützt werden. 171 Bewohner (81,82%) benötigten Hilfe bei der Kontinenzförderung. Fast alle (205) Bewohner (98,09 %) hatten einen Hilfebedarf bei der Körperpflege.

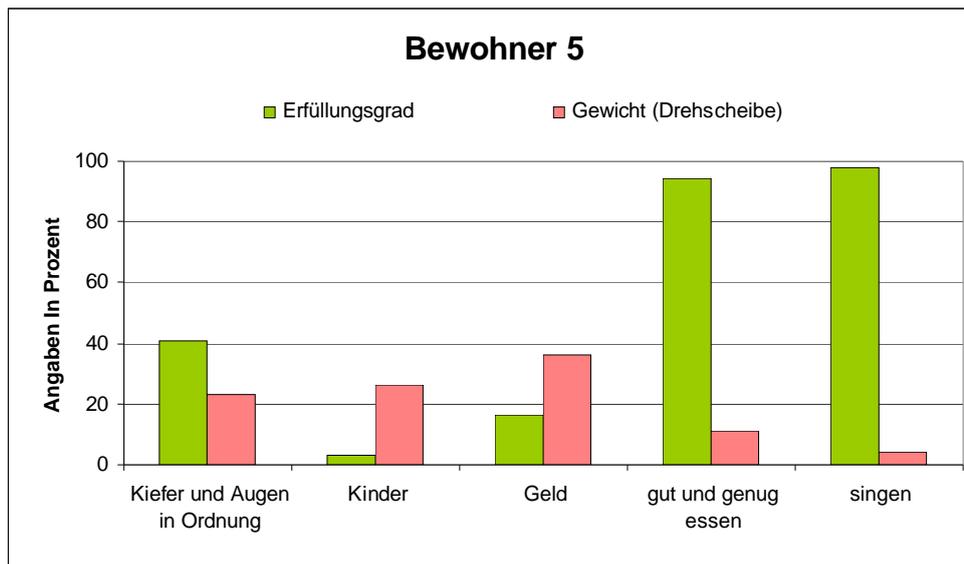
## 8.2 Ergebnisse der SEIQoL-Interviews

31 SEIQoL-Interviews konnten komplett durchgeführt und der Index ermittelt werden. Damit konnten durchschnittlich 14,8 % der Bewohner der geschichteten Stichprobe die Fragen und Bewertungsaufgaben des SEIQoL-Interviews komplett beantworten, wobei die Aufgaben unterschiedlich gut verstanden wurden und die Antworten der Bewohner von den PQT-Auditoren in ihrer Glaubwürdigkeit/Validität unterschiedlich zuverlässig beurteilt wurden.

**Tabelle 6: Bewohneranteil je Einrichtung, mit dem das Schedule for the evaluation of individual quality of life-Interview durchgeführt werden konnte**

Einrichtung	Stichprobengröße Anzahl Bewohner	Anzahl SEIQoL-Interviews	Bewohneranteil in %
E 30	25	4	<b>16</b>
E 31	26	7	<b>27</b>
E 32	28	5	<b>18</b>
E 33	26	4	<b>15</b>
E 34	26	0	<b>0</b>
E 35	27	2	<b>7</b>
E 37	25	4	<b>16</b>
E 38	26	5	<b>9</b>
<b>Durchschnitt</b>			<b>14,8</b>

Durchschnittlich dauerte das SEIQoL-Interview 27 Minuten, wobei das längste Interview (120 Min.) mit einer taub-stummen Bewohnerin geführt wurde und für das kürzeste Interview 10 Minuten benötigt wurden. Der Median (25 Min.) dürfte aufgrund der Ausreißer-Werte aussagekräftiger sein, liegt aber immer noch über dem in der Literatur angegebenen Zeitwerten für den Bedarf beim SEIQoL-Interview (Waldron et al. 1999). 18 von 31 vollständig durchgeführten SEIQoL-Interviews wurden von den PQT-Auditoren als valide eingeschätzt, d.h. die Aufgabenstellung wurde vom Bewohner verstanden, es waren keine oder nur geringe Konzentrationsmängel feststellbar und die Antworten waren glaubwürdig. Die Spannweite des Anteils der Bewohner der Stichprobe, die das SEIQoL-Interview vollständig durchführen konnten, lag in den 8 Einrichtungen zwischen 0% und 27%. 3 Bewohner (3,23 % der Stichprobe), die das SEIQoL-Interview abschlossen, waren von Freiheitsentziehenden Maßnahmen (FeM) betroffen. Der prozentuale Anteil an Bewohnern mit einer FeM der gesamten Stichprobe betrug jedoch 22,49 %. Dies macht deutlich, dass Bewohner mit Fixierungen meist nicht mehr in der Lage sind, über ihr Befinden zu berichten und damit besonders schutzwürdig sind bezüglich der Wahrnehmung ihrer Sicht der Dinge und der Entwicklung von Lebensqualität. In der Stichprobe waren überraschend wenig Heimbewohner 8,61 % (18 von 209) in der Lage die Aufgabenstellung zu verstehen, adäquate Antworten zu geben und valide Selbsteinschätzungen zu treffen. Meier berichtet, dass die Patienten mit beginnender Demenz noch in der Lage waren das SEIQoL-Interview durchzuführen (Meier 1995:157). In einer anderen Studie von Coen et al. 1993 konnten 30 % der älteren, an leichtgradiger Demenz Erkrankten das SEIQoL-Interview abschließen. Schnabel/Schönberg 2004 berichten dagegen von einer hohen Ausfallrate bereits bei leichter bis mittelschwerer Demenz. Der Anteil der Studienteilnehmer mit Demenz unterschiedlicher Ursachen und Schweregrade lag bei 56 %, sodass der geringe Anteil der Bewohner, die noch in der Lage sind selbst Auskunft über ihre Befindlichkeit zu geben, erklärbar ist. Teilweise wurden Interviews zu dem Thema Lebensqualität von den Bewohnern, die vielleicht in der Lage waren adäquat zu antworten, auch abgelehnt, weil sie über derart Privates nicht reden wollten (war sehr selten der Fall, die meisten Bewohner waren froh, über dieses Thema zu reden) oder weil sie etwas Besseres vor hatten (z.B. die Lieblingsserie im Fernsehen anschauen) oder weil sie Angst hatten, dass das Interview ein kognitiver Test sei – leider sah die SEIQoL-Dokumentation keine Erhebung zu den Gründen der Ablehnung und des Abbruchs des Interviews vor. Dies muss zukünftig in der Interview-Dokumentation ergänzt werden. Nachfolgend soll ein Beispiel (Bewohnerin 5) die Umsetzung und Bedeutung der SEIQoL-Interviews verdeutlichen. Die Ergebnisse des Interviews wurden graphisch im sog. Bewohnerprofil (vgl. Abb. 3) aufbereitet.



**Abb. 3 Bewohnerprofil nach dem Schedule for the evaluation of individual quality of life**

Auf Wunsch der Bezugspflegerpersonen wurde dem Profil im Ergebnisbericht des PQT die Dokumentation des Interviewverlaufs und der Einschätzung der Validität angefügt. Die im Interview geäußerten Erläuterungen der Bewohnerin zu dem Lebensqualitätsaspekte („cues“) wurden ergänzt. Die aus Ungarn stammende Bewohnerin wurde nach einem einführenden Gespräch aufgefordert, fünf wichtige Dinge für ihre Lebensqualität aufzuzählen. Sie nannte den Aspekt „Kiefer und Augen in Ordnung“ spontan als ersten wichtigen Lebensbereich, da sie seit längerem unter einem entzündeten und schmerzhaften Stiftzahn litt und auf einem Auge eine Sehschwäche wahrnahm. Danach erzählte sie, dass ihr Sohn noch in Ungarn lebe und kein Geld habe, um sie zu besuchen. Der Wunsch, ihm finanziell unter die Arme zu greifen, wurde klar geäußert. Leider fehlte das nötige Geld, das ebenfalls als ein wichtiges Thema für die empfundene Lebensqualität auftauchte. Gutes und reichliches Essen war der Bewohnerin wichtig, dazu gab sie keine weiteren Erklärungen ab. Das Singen spielte für sie schon immer eine Rolle. Früher habe sie noch besser singen können und die Bewohnerin war sichtlich stolz auf ihre Sprachkenntnisse. Während des Interviews sang sie ein italienisches Lied. Sie liebe aber auch Volkslieder in ihrer Muttersprache (kroatisch). Auf Nachfrage, warum ihr das so wichtig sei, erklärte die Bewohnerin, dass ihr das Singen helfe, die Schmerzen zu vergessen, wobei verborgen blieb, ob mit den Schmerzen ausschließlich die körperlichen Schmerzen oder auch die seelischen Schmerzen, die vielleicht mit dem Verlust der Heimat verbunden waren, gemeint waren. Die Bewohnerin hat trotz leichtgradiger Demenz die Fragen verstanden, zeigte wenig Konzentrationsmangel und die Selbsteinschätzung mit Hilfe der Schublehre und der Drehscheibe („disk“) ist von der Interviewerin als valide eingeschätzt worden. Das Profil (Abb. 9) zeigt nun, dass der für die Bewohnerin wichtigste (rosa Säule) Lebensqualitätsaspekt das „Geld“ ist, gefolgt von den Kindern. Die am besten erfüllten Bereiche (grüne Säule) „singen“ und „gut und genug essen“ sind ihr nicht so wichtig und fallen damit für den Index nicht so schwer ins Gewicht

wie der Bereich „Geld“. Das Interview wurde auf Wunsch der Bewohnerin von der Bezugspflegeperson begleitet und konnte im Fachgespräch gut reflektiert werden. Der LQ-Index wurde bei der Bewohnerin mit 70% bewertet, da der Bezugspflegeperson die für die Bewohnerin wichtigen Aspekte der Lebensqualität bekannt waren und insbesondere das Singen neben anderen Gewohnheiten (z.B. die selbstgestrickte Mütze im Bett tragen) im Pflegeprozess gut berücksichtigt waren. Die Bedeutung der Geldnot war noch nicht gut reflektiert, aber bekannt. Die Schmerzen im Kiefer und die Notwendigkeit, der zahn- bzw. kieferchirurgischen Behandlung wurde von der Bezugspflegeperson nicht nur aus der medizinischen Perspektive gesehen, sondern auch aufgrund der Bedeutung des Essens für die Bewohnerin, die sehr gerne deftige Fleischspeisen zu sich nahm. Verbesserungsbedarf gab es noch bei der Auswertung der Pflegemaßnahmen hinsichtlich der Lebensqualität der Bewohnerin, die noch nicht systematisch erfolgte. Die Frage nach den Aspekten, die für die individuelle Lebensqualität relevant sind, wurde von den Bewohnern nur teilweise mit Dingen beantwortet, die die Bezugspflegepersonen ebenfalls aus ihrer medizinisch-orientierten Sichtweise heraus wahrnahmen.

**Beispiele/Original-Schlagworte der Bewohner für die eher krankheits- und medizinisch-orientierte Sichtweise:**

„gute Beziehungen zu den Pflegekräften und den Bewohnern“ - „Gesundheit“ - „Essen“ - „Bewegung“ - „fit bleiben“ - „aber sich nicht überfordern“ - „dass ich schnaufen kann“ - „Bewegen, wenn´s Wetter gut ist“ - „Schmerzmittel bei Bedarf“

Viele Inhalte der Interviews zeigten aber, dass die Bewohner LQ-Aspekte erwähnten, die nicht gesundheitsbezogen waren (teilweise sogar gesundheitsgefährdend) oder mit der Pflegebedürftigkeit direkt in Verbindung standen. Diese Aspekte blieben den Bezugspflegepersonen häufig verborgen und konnten erst im Fachgespräch über das SEIQoL-Interview erschlossen werden.

**Beispiele/Original-Schlagworte der Bewohner für die individuelle und einzigartige Bewohnerperspektive, die die Bezugspflegepersonen häufig überraschten oder die im Pflegeprozess ausgeblendet blieben:**

„abends ein Bier“ - „Gaudi machen mit den Schwestern“ - „draußen Einkaufen gehen können“ - „draußen in der Natur spazieren gehen“ - „Religion, Kirchengang“ - „den Kindern finanziell helfen können“ - „mit Singen den Schmerz vergessen“ - „am aktuellen Leben teilhaben können - Zeitung lesen“ - „<Verbotene Liebe> im TV anschauen“ - „im TV sehen, was ich selber will“ - „schlank und schön bleiben“ - „Möglichkeit für telefonische Kontakte“ - „Fußballspiele vom Bett aus anschauen, draußen auf der Wiese vor dem Fenster“ - „einpaar nette Worte austauschen“ - „sich selbst eine Zigarette drehen“ - „Zigarette nach der Mahlzeit“ - „Rauchen“ - „Gastgeberin sein“ - „Schwimmen“ - „Radio hören, BR 1“ - „Malen“ - „salonfähig sein“

Die Rückmeldung dieser Lebensqualitätsbereiche im anschließenden Fachgespräch hatte häufig einen „Aha“- Effekt und trug dazu bei, dass die Pflegenden den Bewohner aus einem ganz anderen Blickwinkel, einfach als Mensch, der im Heim lebt und wohnt, zu sehen begannen. Davor wurde der Bewohner im Fachgespräch in erster Linie als pflegebedürftige Person im Sinne eines Patienten mit besonderen Risiken für Komplikationen beschrieben. Obwohl zu Beginn des Fachgesprächs die PQT-Auditoren bewusst in die Perspektive des Bewohners leiteten durch die Frage, mit welcher Person man es überhaupt zu tun hätte und wie die Person ins Heim kam, lenkten die Bezugspflegerpersonen das Gespräch schnell in die Richtung der krankheitsspezifischen, medizinisch-pflegerischen Anamnese.

### **8.3 Ergebnisse LQ-Index**

Bei allen Bewohnern wurde der LQ-Index ermittelt. Die Auditoren hatten dazu in ihrer lokal genutzten Prüfsoftware auf der Basis von Lotus Notes 6,0 einen Fragenkatalog (zu validierende Prüf-Items des LQ-Index) zur Verfügung. Dazu erhielten die Auditoren im Rahmen der Schulung einen Analyse- und Beobachtungsbogen (Prüfanleitung zu den neuen Prüfitems), der bei der Beantwortung der Fragen als Prüfanleitung unterstützen sollte und die Bewertungsmaßstäbe der einzelnen Auditoren möglichst gleich ansetzen ließ. Die Experten beurteilten die Eignung der Prüffragen zur Reflexion des Pflegeprozesses hinsichtlich der Berücksichtigung der Lebensqualität zwar insgesamt als gut, aber dennoch von Item zu Item unterschiedlich. Dies scheint sich bei der Übereinstimmung der Beurteilung durch die Auditoren abzubilden. Während die Items 10.1 ( $k = 0,86$ ,  $SD = 0,35$ ), 10.2 ( $k = 0,72$ ,  $SD = 0,45$ ) und 10.4 ( $k = 0,81$ ,  $SD = 0,39$ ) eine gute Übereinstimmung zeigen, weichen die Beurteilungen der Auditoren in den Fragen 10.3 ( $k = 0,54$ ,  $SD = 0,50$ ), 10.5 ( $k = 0,24$ ,  $SD = 0,43$ ) und 10.6 ( $k = 0,6$ ,  $SD = 0,49$ ) eher voneinander ab. Auffällig ist der Wert beim Item 10.5. Die Interrater-Reliabilität des LQ-Index liegt insgesamt bei 0,63 ( $SD = 0,27$ ) und bestätigt damit eine Übereinstimmung. Die Verbesserungsvorschläge der Experten insbesondere für das Item 10.5 müssen sorgfältig in das Instrument eingearbeitet werden, um hier den Wert der Übereinstimmung zu erhöhen.

Durchschnittlich wurde ein LQ-Index von 50 % (Median 70 %) erreicht (entspricht 5,0 Punkte nach der Ergebnisdarstellung im PQT), wobei der niedrigste Wert bei 0% und der höchste Wert bei den maximal möglichen 100 % (alle Prüfitems erfüllt) lag. Diese große Spannweite der Ergebnisse ist wahrscheinlich zurückzuführen auf die noch sehr unterschiedlichen Wahrnehmungen der Lebensqualität als relevanten Aspekt im Pflegeprozess durch die Bezugspflegerpersonen. Insbesondere auf der Ebene der Evaluation wurde die Zielerreichung durch die Pflegemaßnahmen meist nicht vor dem Hintergrund der erreichten Lebensqualität reflektiert. Fragen zur Lebensqualität und ihrer Berücksichtigung im Pflegeprozess wurden im Fachgespräch nicht wörtlich wie im Prüfkonzept vorgesehen formuliert. Es erfolgte eine Anpassung an den Gesprächsverlauf und an das Sprachvermögen und die Wortwahl der Bezugspflegerperson. Die Auditoren waren jedoch geschult und angewiesen, das Fachgespräch immer

über die erste Frage des LQ-Index (sinngemäß: Welche Dinge sind dem Bewohner für seine Lebensqualität wichtig?) zu eröffnen. Die Bezugspflegepersonen wurden z. B. gefragt, was sie über den Bewohner als Person und seine Lebensgeschichte wissen, wie sie den Bewohner charakterisieren würden und was sie glauben, dass dem Bewohner für sein Leben und Wohnen im Heim wichtig ist. Die Reflexion, inwiefern der Hilfebedarf oder das erhöhte Risiko die für den Bewohner wichtigen Lebensqualitätsaspekte beeinflusst, wurde in die Fallbesprechung bei den jeweiligen Prüfbereichen des PQT integriert. Ebenfalls wurde die Dokumentationsanalyse auf diese Fragestellung hin jeweils zu den Prüfbereichen durchgeführt. Dabei achteten die Auditoren u.a. darauf, ob bei den Zielformulierungen, die Wünsche des Bewohners hinsichtlich seiner Lebensqualität berücksichtigt wurden. Auf der Ebene der Umsetzung wurde mit Hilfe des teilstrukturierten Analyse und Beobachtungsbogens z. B. bei der Bewohnervisite darauf geachtet, ob die im Fachgespräch beschriebenen Maßnahmen beim Bewohner erkennbar waren. War z.B. der Esstisch im Bewohnerzimmer schön gedeckt, wenn vorher im Fachgespräch erwähnt wurde, dass die Bewohnerin großen Wert auf Tischkultur und gutes Essen legt. Fanden sich z.B. persönliche Gegenstände im Zimmer, die für den Bewohner eine große Bedeutung haben, z.B. ein Foto vom eigenen Hund oder vom eigenen Haus. Kennt die Bezugspflegeperson das Foto und kann sie den Bewohner adäquat darauf ansprechen. Auf der Ebene der Evaluation wird z. B. im Fachgespräch mit der Bezugspflegeperson reflektiert, inwiefern durch die Maßnahmen die Lebensqualität des Bewohners günstig beeinflusst werden konnte. Wenn sich der Bewohner selbst zu seiner empfundenen Lebensqualität nicht mehr äußern kann, beobachtet die Bezugspflegeperson die Reaktionen des Bewohners und wertet sie diese hinsichtlich seiner subjektiven Befindlichkeit und seiner mutmaßlichen Lebensqualität aus? Wenn sich für den Bewohner ganz wesentlich Dinge verändert haben, z. B. Tod des Ehemanns, der in der Nachbarschaft im betreuten Wohnen lebte, werden dann neue Annahmen getroffen, hinsichtlich der Auswirkung auf die wichtigen Lebensqualitätsaspekte. Vielleicht haben sich die Prioritäten im Leben dadurch auch verschoben und müssen neu formuliert und im Pflegeprozess entsprechend berücksichtigt werden?

Genauso wie die Interview-Fragen des SEIQoL an die Lebens- und Sprachwelt der Bewohner angepasst werden müssen, so müssen die Fragen zum LQ-Index an die Berufswelt, an die Einrichtungskultur und an die Pflegesprache der Bezugspflegepersonen angepasst werden. Dies erfordert eine laufende Übersetzungsarbeit des Auditors, der zwischen Sprach- und Lebenswelt der Menschen im Feld und der theoretischen Welt des Prüfkonzeptes vermitteln muss. Der Auditor reflektiert dabei die in dem Heim vorgefundene Lebens- und Arbeitswelt, die Ansprüche des Prüfkonzeptes und der zu bewertenden Prüfkriterien, um beides mit der eigenen Sprach- und Lebenswelt/Berufswelt in Einklang zu bringen.

Der Studienplan sah die Validierung der Beurteilungskriterien über die Paralleltestung mit dem SEIQoL-DW als Referenzstandard vor. Die Korrelation der Ergebnisse der 18 validen SEIQoL-Interviews und der bei diesen Bewohnern erhobenen LQ-Index-Werte kann als sehr hoch eingeschätzt werden. Der Pearson-

Korrelationskoeffizient beträgt  $K=0,81$ . Dies ist ein erster deutlicher Hinweis auf einen Zusammenhang zwischen dem LQ-Index auf der Basis einer Fremdbeurteilung des Pflegeprozesses und dem SEIQoL-Index (Selbsteinschätzung der subjektiv wahrgenommenen Lebensqualität). Die Validität des Instruments wird aber durch die Expertenbewertung noch deutlicher bestätigt.

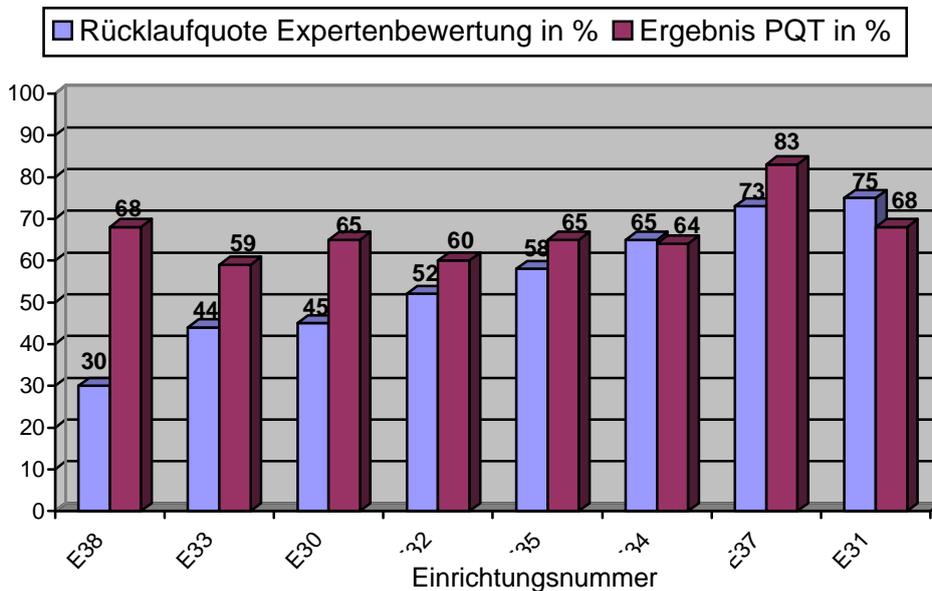
#### 8.4 Ergebnis der Expertenbewertung des LQ-Index

Da die Auswertung für den Zeitraum nach der Ergebnisfeststellung des Pflegequalitätstests geplant war und die Bögen anonymisiert wurden, musste ein negativer Einfluss bei kritischer Rückmeldung auf das Gesamtergebnis der Prüfung von den Bezugspflegepersonen der Einrichtungen nicht befürchtet werden. Trotzdem sind Einflüsse nicht auszuschließen und begründen vielleicht, dass nur etwa die Hälfte der Feedbackbögen zurückkamen. 81 Bezugspflegekräfte von insgesamt 149 Bezugspflegepersonen (entspr. Rücklauf: 55,25 %), die am PQT teilnahmen, und 8 von insgesamt 10 PQT-Auditoren (entspricht einer Rücklaufquote von 80 %) haben ihre Expertenbewertung zu den neuen Prüf-Items des LQ-Index abgegeben. Da der Fragebogen von den PQT-Auditoren direkt per EDV in Lotus Notes 6.0 ausgefüllt wurde und das System eine einrichtungsbezogene Anlage vorsah, erscheinen die Auditorenrückmeldungen nur unter zwei Einrichtungen, da sie zufällig hier angelegt wurden. Die Expertenbeurteilung der Auditoren wurde aber nur einmal in Bezug auf alle Einrichtungen abgegeben.

**Tabelle 7: Kreuztabelle Rücklauf der Expertenbewertung**

Einrichtung	Expertenart		Anzahl
	Bezugspflegeperson	PQT-Auditor	
E 30	9	5	14
E 31	12		12
E 32	11		12
E 33	8		8
E 34	13		13
E 35	11		11
E 37	11		11
E 38	6	3	10
<b>gesamt</b>	<b>81</b>	<b>8</b>	<b>91</b>

Die Rücklaufquote schwankte bei den 8 Einrichtungen zwischen 30 % und 75 %, wobei es keinen Zusammenhang zum Prüfergebnis im PQT gab (vgl. Abb. 4).



**Abb. 4 Rücklaufquote Expertenbewertung und Gesamtergebnis Pflegequalitätstest**

Inhaltliche Rückmeldungen und Verbesserungsvorschläge für die Prüffragen zum LQ-Index und für den unterstützenden Analyse- und Beobachtungsbogen gaben 18 Bezugspflegerpersonen (22,22 %) und 5 Auditoren (62,5%). Bei den inhaltlichen Rückmeldungen der Auditoren wurden auch Vorschläge für eine verständlichere Formulierung der Prüffragen gemacht. Hingegen kamen zwar Verbesserungsvorschläge aber keine Formulierungsvorschläge von den Bezugspflegerpersonen. Dies ist wahrscheinlich auf die Expertise der Auditoren zurückzuführen, die es gewohnt sind mit Prüffragen im externen Audit zu arbeiten. Die Experten-Rückmeldungen wurden nach den folgenden Kategorien inhaltlich ausgewertet: 1. Verstehen der Frage 2. Eignung für die Einschätzung der Berücksichtigung der individuellen Lebensqualitätsaspekte im Pflegeprozess 3. Vorschläge für Verbesserungen. Sowohl die PQT-Auditoren als auch die Bezugspflegefachkräfte haben sich als Experten fachkompetent der Fragestellung geöffnet. Durch ihre hohe Bereitschaft, die Prüfkriterien zum Lebensqualitäts-Index kritisch zu beurteilen, ist der Anfang für die Entwicklung eines fachlich fundierten und praxistauglichen Instrumentes gesetzt. Diese Offenheit ist nicht selbstverständlich, nachdem die Prüfkriterien des MDK bisher eher am instrumentellen Handeln ausgerichtet waren und die Pflegepraktiker bisher keinen direkten Einfluss auf die Entwicklung von Prüfkriterien des MDK hatten. In den Fachgesprächen war ein hohes Bedürfnis wahrzunehmen, über das Thema Lebensqualität zu sprechen und die damit verbundenen kommunikativen Anteile der pflegerischen Arbeit zu reflektieren. Bei den Praktikern in den Einrichtungen waren die Fachgespräche und die schriftlichen Rückmeldungen zu dem Thema Lebensqualität meist geprägt von einem echten Interesse an der Verbesserung der Pflegeprozesse und der Bewohnerorientierung. Die Bezugspflegerpersonen erfuhren dadurch eine Wertschätzung der meist unsichtbaren Anteile ihrer täglichen Arbeit, die eine hohe Motivation auslöste.

**Beurteilung der Verständlichkeit der Fragen (Prüf-Items LQ-Index):** Die Auswertung der Expertenbeurteilung der neuen Prüfkriterien zeigt die Notwendigkeit auf, die Prüffragen trotz ihres fachlichen Anspruchs und ihrer Komplexität einfacher und verständlicher zu formulieren.

**Tabelle 8: Expertenbeurteilung der Verständlichkeit der Fragen zum Lebensqualitäts-Index**

Prüffrage	Prozentualer Anteil der Experten, die zustimmten: ja, die Frage ist verständlich formuliert	Anzahl der Experten die Verständnisprobleme hatten	Anzahl der Verbesserungsvorschläge
10.1	87,9	9	9
10.2	86,8	9	9
10.3	86,8	9	9
10.4	80,2	9	9
10.5	80,2	8	8
10.6	81,3	5	5

Die Verständnisprobleme sind anscheinend auch bei Bezugspflegerpersonen aufgetreten, die sich intensiv mit der Fragestellung beschäftigten, da jeweils konstruktive Verbesserungsvorschläge angegeben wurden. Die Notwendigkeit der Reduktion der Komplexität darf die Ebenen der Reflexion aber nicht verwischen. Außerdem müssen die Teilschritte des Pflegeprozesses erkennbar bleiben, um eine retrospektive Analyse der pflegerischen Arbeit optimal zu unterstützen. Die Schwierigkeit bei der Entwicklung von Prüffragen liegt in der Überlappung von mehreren Reflexionsebenen. Zunächst muss die tägliche, praktische Arbeit der Pflege sowohl in der Planungs- (Frage 10.3) als auch in der Durchführungsphase (Frage 10.4) reflektiert werden. Bei der Reflexion der Evaluationsphase (Fragen 10.5 und 10.6) ist bereits auf zwei Ebenen über der praktischen Arbeit zu denken: Wie habe ich meine Arbeit reflektiert? Bei der Beurteilung der Prüffragen im Rahmen der Expertenbewertung war darüber hinaus die Frage zu beantworten: Sind die Reflexionsfragen geeignet, um meine praktische Arbeit mit dem Bewohner zu reflektieren und zu beurteilen? In den Fachgesprächen war „Lebensqualität“ noch ein untergeordnetes Thema, wurde aber gerne von den Bezugspflegerpersonen aufgegriffen. Mit den PQT-Auditoren wurden im Rahmen der MDK-internen Qualitätsentwicklung und der Schulung Review-Gespräche durch die verantwortlichen Auditoren geführt, um die Informationsverarbeitung und Beurteilung des LQ-Index gemeinsam zu reflektieren und die Umsetzung der Prüfanleitung zu gewährleisten. Bei diesen Reviews wurde der Umgang mit den neuen Prüffragen besprochen, dabei standen folgende Aspekte im Mittelpunkt:

- Welche Informationen aus welchen Quellen (z. B. Pflegedokumentation, Erhebungen zu bestimmten AEDLs, Biographiebogen, Beobachtungen beim Bewohner, Fachgespräch mit der Bezugspflegerperson, Gespräch mit Angehörigen) wurden zur Beurteilung des Prüfitems herangezogen?
- Wie werden diese Informationen gegenseitig abgewogen. Was passiert, wenn sich die Informationen widersprechen? Wie wird die Plausibilität der Informationen überprüft?

- Wie kann die Einschätzung des Auditors mit dem vorgegebenen Antwortformat abgebildet werden?

**Beurteilung der Eignung der Fragen zu fachlichen Reflexion des Pflegeprozesses hinsichtlich der Berücksichtigung der Lebensqualität:** Insgesamt beurteilten die Experten die Eignung der Fragen zur Beurteilung der Berücksichtigung der Lebensqualität im Pflegeprozess sehr gut (vgl. Tabelle 9).

**Tabelle 9: Expertenbeurteilung der Eignung der Fragen zu fachlichen Reflexion des Pflegeprozesses hinsichtlich der Berücksichtigung der Lebensqualität**

Prüffrage	Prozentualer Anteil der Experten, die zustimmten: ja, die Frage ist geeignet	Anzahl der Verbesserungsvorschläge	Prozentualer Anteil der Experten, die der Meinung waren, dass die Frage dazu beiträgt, dass die LQ mehr Beachtung findet im Pflegeprozess	Anzahl der Verbesserungsvorschläge
10.1	94,5	3	95,6	0
10.2	96,7	0	93,4	1
10.3	92,3	0	90,1	0
10.4	90,1	0	87,9	0
10.5	84,6	1	84,6	0
10.6	85,7	1	85,7	0

Die Verständnisprobleme, die häufiger bei den Fragen 10.4 bis 10.6 auftraten hatten evtl. Einfluss auf die Beurteilung der Eignung der Frage. Durch die wenigen Verbesserungsvorschläge stützt sich nun die Überarbeitung im Wesentlichen auf eine verständlichere Formulierung und bessere Anleitung im teilstrukturierten Analyse- und Beobachtungsbogen (vgl. Tab. 10). Eine erneute Expertenbewertung der Eignung der nun besser formulierten Frage könnte dann Aufschluss darüber geben, welchen Einfluss tatsächlich die Verständlichkeit der Formulierung auf die Bewertung der Eignung hatte.

**Tabelle 10: Expertenbeurteilung der Nützlichkeit der Hinweise im teilstrukturierten Analyse- und Beobachtungsbogen (Prüfanleitung Lebensqualitäts-Index)**

Prüffrage	Prozentualer Anteil der Experten, die zustimmten: ja, die Hinweise sind hilfreich	Anzahl der Verbesserungsvorschläge
10.1	98,9	0
10.2	95,6	0
10.3	89,0	2
10.4	87,9	2
10.5	90,1	0
10.6	82,4	2

**Beurteilung der Antwortkategorien:** Die dichotome Antwortmöglichkeit wurde von den Auditoren als positiv eingeschätzt, da dadurch der kognitive Beurteilungsprozess unterstützt würde in der Abwägung der drei Informationsquellen des PQT (Fachgespräch mit der Bezugspflegeperson, Dokumentationsanalyse, Visite beim Bewohner), denn der Auditor müsse sich entscheiden. Zwei Auditoren der insgesamt 8 Auditoren (25 %) und 9 Bezugspflegepersonen von den insgesamt 81 Bezugspflegepersonen (11,11 %), die eine Expertenbewertung abgaben, waren der Meinung, dass die Antwortmöglichkeiten bei der Frage 10.1 erweitert werden müssten mit der Kategorie „teilweise“. Wobei ein Auditor anmerkte, dass dann eine Erläuterung erforderlich wäre. Bei der Bewertung der folgenden Fragen kam dieser Einwand nicht mehr so häufig, was damit zusammenhängen könnte, dass die Experten diese Kritik nicht bei jeder Frage wiederholen wollten. Es wurde zweimal vorgeschlagen eine 6-stufige Antwortmöglichkeit anzubieten. Diese Option könnte bei einer folgenden Validierungsstudie getestet werden.

**Tabelle 11: Beurteilung der Antwortkategorien durch die Experten**

Prüffrage	prozentualer Anteil der Experten, die zustimmten: ja, die Antwortkategorien bilden die eigene Einschätzung ab	Anzahl der Verbesserungsvorschläge
10.1	86,8	11
10.2	89,0	3
10.3	90,1	2
10.4	84,6	3
10.5	83,5	3
10.6	80,2	4

**Zusammenfassung der Expertenbewertung:** 81 Bezugspflegekräfte von insgesamt 149 Bezugspflegepersonen (Rücklaufquote 55,25 %) und 8 von insgesamt 10 PQT-Auditoren (Rücklaufquote 80 %) haben ihre Expertenbewertung zu den neuen Prüf-Items des LQ-Index abgegeben. Inhaltliche Rückmeldungen und Verbesserungsvorschläge für die Prüfitems des LQ-Index gaben 18 Bezugspflegepersonen (22,22 %) und 5 Auditoren (62,5%). Die Verständlichkeit der Prüffragen wurde bei allen Items von über 80 % der Experten positiv bewertet. Die Fragen zur fachlichen Reflexion des Pflegeprozesses hinsichtlich der Berücksichtigung der Lebensqualität wurden von über 84 % als geeignet eingeschätzt. Die Nützlichkeit der Hinweise im teilstrukturierten Analyse- und Beobachtungsbogen (Prüfanleitung zu den neuen Prüfitems des LQ-Index) wurde von mehr als 82 % der Experten bestätigt. Die vorgegebenen Antwortkategorien „Ja-nein“ fanden über 80 % der Experten für alle Prüffragen als geeignet, um die eigene Einschätzung abzubilden. Bei den Verbesserungsvorschlägen wurde vereinzelt der Wunsch nach einer zusätzlichen Kategorie „teilweise“ geäußert oder eine differenziertere 6-stufige Einschätzung.

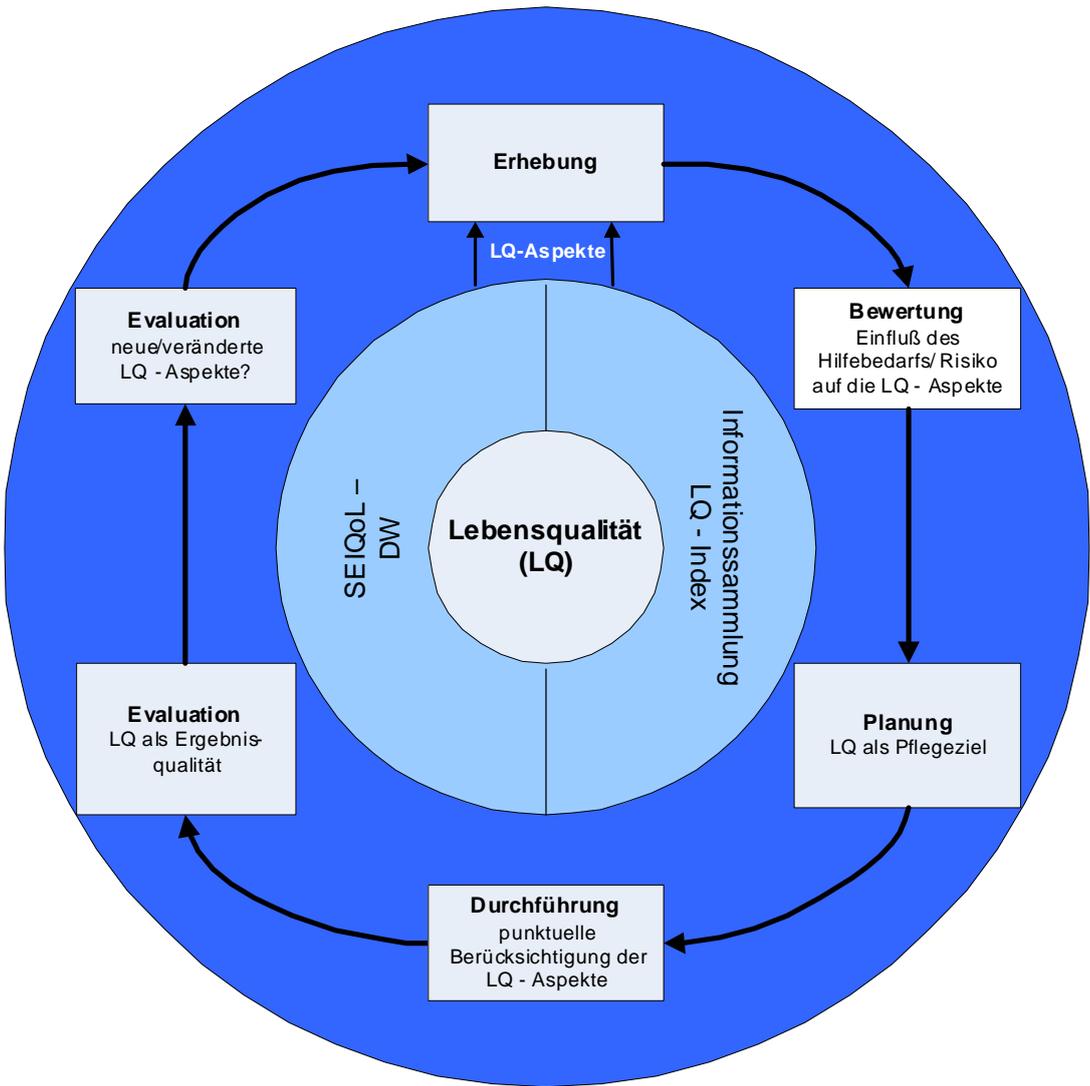
## 8.5 Der LQ-Index als validiertes Instrument

Das Instrument ist formal aufgebaut aus den Prüf-Items, die mit der Bewertungsstruktur in der PQT-Prüfsoftware integriert sind. Der teilstrukturierter Analyse- und Beobachtungsbogen dient als Prüfanleitung, wobei jeweils genau definiert ist, wann ein Prüf-Item als erfüllt zu bewerten ist. Das SEIQoL-Instrument ist ebenfalls in der Prüfsoftware auf der Basis von Lotus Notes 6.0 angelegt. Die komplette Interview-Dokumentation ist EDV-gestützt. Durch festgelegte Reviews wird laufend die Interrater-Reliabilität des LQ-Index überprüft. Die Expertenbewertung erfolgt durch die Auditoren ebenfalls EDV-gestützt. Die Expertenbewertungen der Auditoren und der Bezugspflegepersonen werden laufend ausgewertet und fließen in den ständigen Verbesserungsprozess des Instruments ein. Inhaltlich werden im LQ-Index bei jedem Bewohner individuell die wichtigen LQ-Aspekte ermittelt. Kann der Bewohner befragt werden, so können diese Aspekte über das SEIQoL-Interview direkt vom Bewohner erfahren werden. Liegt eine schwierige kommunikative Situation vor und kann der Bewohner nicht mehr direkt befragt werden, so sieht der LQ-Index eine differenzierte Informationssammlung zur Ermittlung der individuellen LQ-Aspekte vor. Die Berücksichtigung dieser Aspekte im Pflegeprozess wird systematisch analysiert auf der Grundlage kollegialen Fallrekonstruktion im Fachgespräch mit der Bezugspflegeperson des Bewohners, der Dokumentationsanalyse ein halbes Jahr rückwirkend und der teilstrukturierten Beobachtung beim Bewohner im Rahmen der Visite beim Bewohner. Dabei stehen folgende Fragen nach der Systematik des Pflegeprozesses im Mittelpunkt (vgl. Abb. 5):

- Sind die Dinge, die dem Bewohner für seine Lebensqualität wichtig sind (LQ-Aspekte), erhoben/bekannt?
- Wird reflektiert, wie die LQ-Aspekte durch den Hilfebedarf/das Risiko beeinflusst werden?
- Berücksichtigt die Pflegeplanung die LQ-Aspekte?
- Werden zumindest punktuell bei der Durchführung der Pflegemaßnahmen die Lebensqualitätsaspekte des Bewohners berücksichtigt?
- Wird das Ergebnis der Pflege fortlaufend überprüft im Hinblick auf die erreichte Lebensqualität des Bewohners?
- Werden bei relevanten Veränderungen die Lebensqualitätsaspekte, die für den Bewohner wichtig sind, überprüft, ob sie noch gültig sind? Werden ggf. die veränderten oder neuen Lebensqualitätsaspekte erhoben?

Der LQ-Index liefert ein Ergebnis zwischen 0 Punkten (minimaler Wert: keinerlei Kenntnis von den relevanten LQ-Aspekten des Bewohners) und 10 Punkten (maximaler Wert: differenzierte Kenntnis von den relevanten LQ-Aspekten und systematische Berücksichtigung dieser Aspekte im Pflegeprozess mit dem Ziel die LQ des Bewohners zu verbessern). Darüber hinaus rückt in der kollegialen Fallrekonstruktion im Audit bereits die LQ des Bewohners in den Mittelpunkt. Mit dem Auditor reflektiert die Bezugspflegeperson ihr Handeln vor dem Hintergrund der Situationswahrnehmung durch den Bewohner. Es können im Audit unmittelbar Verbesserungen für die LQ des Bewohners erreicht werden.

**Lebensqualitätsindex (LQ-Index)**



**Abb. 5 Modell: Lebensqualitätsindex**

Die Bewertung, die Verbesserungsvorschläge der Experten und die praktischen Erfahrungen der Auditoren mit dem neuen Prüfinstrument wurden nun in den LQ-Index und in den teilstrukturierten Analyse- und Beobachtungsbogen (Prüfanleitung) eingearbeitet, um ein praktikables und valides Instrument zur Beurteilung der Berücksichtigung der Lebensqualität im Pflegeprozess den Praktikern zur Verfügung zu stellen. Bei der praktischen Umsetzung des LQ-Index ist die Notwendigkeit der Berücksichtigung der Dimension „Lebensqualität am Ende des Lebens“ oder

der „Sterbequalität“ deutlich geworden, wobei dieser Aspekt nur einmal im Fachgespräch und überhaupt nicht bei der Expertenbewertung auftauchte. Dies hängt evtl. damit zusammen, dass Lebensqualität in der Sterbephase wohl nicht mehr als relevanter Aspekt gesehen wird.

### **Lebensqualität am Ende des Lebens**

„Sterbequalität“ kann in Verbindung mit der LQ im Sinne der Berücksichtigung bedeutungsvoller und wichtiger LQ-Aspekte in der Sterbephase als ein wichtiger Aspekt der bewohnerorientierten Sterbebegleitung verstanden werden. Kann das Konzept der Lebensqualität, das hinter dem LQ-Index steht, ausgeweitet werden auf das Leben kurz vor und bis zum Tod? Braucht es dazu spezielle Prüfitems? Das Sterben als „letzte personale Tat“ (Leibl 2001:50) heißt das Leben bis zuletzt selbstbestimmt gestalten. Die wichtigen Lebensqualitätsaspekte können sich aber im Sterben erheblich verändern oder sie können auch gleich bleiben. So kann für den Raucher eine letzte Zigarette Lebensqualität am Ende des Lebens bedeuten – für den sonst eher nicht gläubigen Menschen können plötzlich spirituelle Erfahrungen eine Rolle spielen. Da sich die Menschen in der Sterbephase meist nicht mehr äußern können, sind diese letzten mutmaßlichen „Sterbewünsche“ empathisch wahrzunehmen und genauso uneingeschränkt im Pflege- und Betreuungsprozess zu berücksichtigen wie die Lebensqualitätswünsche. Der LQ-Index könnte zukünftig hinsichtlich der Berücksichtigung der LQ am Ende des Lebens erweitert werden.

## **9. Diskussion der Ergebnisse**

### **Auswahl der Studienpopulation**

Nach einem Pretest in einem Altenheim kommunaler Trägerschaft und in einem Heim mit einem privaten Träger in zwei Kleinstädten südlich und südwestlich von München wurde für die Validierungsstudie ein Münchener Träger von 8 mittleren bis großen Heimen ausgewählt, der sich freiwillig zu dem PQT bereit erklärte. Der Träger ließ alle seine Einrichtungen ohne Ausnahme prüfen. Im Studienplan wurde bereits das Problem der freiwilligen Teilnahme diskutiert. Bei diesem Träger bestand das Interesse darin, die Qualitätsunterschiede seiner 8 Häuser herauszuarbeiten. Der kommunale Träger hat die Ergebnisse des PQT, nicht aber die des Lebensqualitätsindex veröffentlicht, da die Prüfkriterien noch nicht validiert waren. Im Gesamtergebnis PQT erreichten die Häuser Werte zwischen 5,9 und 8,3 Punkten bei maximal 10 möglichen Punkten. Alle Häuser befanden sich mit ihrem Gesamtergebnis im Bereich der gesetzlich geforderten aktivierenden Pflege (Wert größer gleich 5,0 P.), wobei die Bewertung der Prüfbereiche auch Werte im Bereich der passivierenden Pflege und ein Wert im Bereich der defizitären Pflege (Schmerzmanagement) befand. Es kann somit davon ausgegangen werden, dass der Träger keine Positivauswahl vorgenommen hat. Die Ergebnisse hätten eine höhere Aussagekraft, wenn Heime unterschiedlicher Trägerschaft und unterschiedlicher Strukturen in der Auswahl enthalten gewesen wären. Geplant ist deshalb die Fortsetzung der Validierungsstudie in weiteren Heimen u. a. liegt bereits ein

Prüfauftrag für fünf Einrichtungen in Österreich auch im ländlichen Raum vor. Die Fortführung der Studie ist im wesentlichen davon abhängig, wie viele und welche Heime sich zukünftig freiwillig für den PQT melden. Die relativ hohe Studienteilnehmerzahl sowohl der Heimbewohner als auch der Experten und der vielschichtige Forschungsansatz mit quantitativen und qualitativen Methoden liefern aber bereits jetzt verlässliche Aussagen zur Güte des Instruments. Die Bewohnerstruktur konnte auf der Grundlage einer EDV-gestützten umfassenden Erhebung mittels einer vom MDK Bayern selbst entwickelten Prüfsoftware differenziert analysiert werden. Im Rahmen der Validierungsstudie wurde ein eigenes Pflichtenbuch für die Softwareentwicklung erstellt. Die stratifizierte Zufallsauswahl der Bewohner war durch die wissenschaftlich begleitete (LMU München) Stichprobenplanung des PQT gewährleistet. Zu den Bewohnern wurden jeweils die zuständigen Bezugspflegefachkräfte als Experten einbezogen. Dadurch dass der PQT angemeldet ist, konnten in der Regel die zuständigen Bezugspflegepersonen anwesend sein. Bei Urlaub und Krankheit wurden diese von den Bereichsleitungen vertreten. Die Auskünfte der direkten Kontaktpersonen der Bewohner waren somit sehr zuverlässig. Die spezifische Qualifikation der Fachkräfte wurde nicht erhoben. Es handelte sich in der Regel um staatlich geprüfte Altenpfleger und Gesundheits- und Krankenpfleger. Dies sollte bei der Fortführung der Validierungsstudie neben der Erhebung des Alters und der Berufsjahre ergänzt werden. Die PQT-Auditoren wurden aus dem Kreis der Qualitätsprüfer (8 Qualitätsprüfer) und der Einzelfallgutachter (2 Einzelfallgutachter) aufgrund besonderer Eignung und dem persönlichen Interesse des Gutachters für den PQT intern angeworben und spezifisch konzeptgestützt geschult. Die differenzierte Merkmalsanalyse der Bewohner zeigt durchaus, dass die Studienteilnehmer repräsentativ für das Klientel von Altenheimen sind. Nur der Anteil an Frauen und demenzkranken Bewohnern lag über dem Durchschnitt.

### **Umsetzbarkeit der direkten Befragung zur LQ mit dem SEIQoL-DW-Instrument**

Bei der Umsetzung des SEIQoL-Interviews in der Praxis bestätigten sich die Erfahrungen, die in den bisherigen Studien mit dem SEIQoL-DW gemacht wurden. Die durchschnittliche Zeitdauer für die Kurzform des SEIQoL wird in der Literatur mit 15 Minuten angegeben. Im Rahmen der Studie benötigten die Auditoren aber durchschnittlich 27 Minuten. In der Literatur wurde bisher nicht beschrieben, dass die Zeiterfassung sehr problematisch ist. Das Interview muss zunächst durch eine Begrüßung und eine erste Kontaktaufnahme gut vorbereitet werden. Der PQT Auditor ist für den Bewohner eine fremde Person, die von einem Gutachterdienst kommt, der nicht nur die Qualität des Heims prüft, sondern mit dem der Bewohner durch andere Vertreter im Rahmen der Einzelfallbegutachtung Bekanntschaft gemacht hat. Dabei müssen Vorerfahrungen berücksichtigt werden. Bei vielen Bewohnern haben sich die gesetzlichen Vertreter zu der Begutachtung im Rahmen des PQT und zu der Studie bereit erklärt und das Informationsblatt gelesen. Viele Bewohner konnten sich auch nicht mehr an die Informationen zum PQT und zu der Studie erinnern, da diese bereits ca. 4 Wochen vorher gegeben wurden und mussten erneut aufgeklärt und um Einverständnis gebeten werden. In der Stichprobe waren weniger Heimbewohner (8,61 %) als erwartet in der Lage, die Aufgabenstellung des SEIQoL zu verstehen und valide Antworten zu

geben. Diese Zahl macht deutlich, dass angesichts des durchschnittlich hohen Anteils an demenzkranken Bewohnern in den Heimen, die keine Auskunft über ihre Befindlichkeit mehr geben können, dringend Instrumente entwickelt werden müssen, die uns helfen, sich der einzigartigen Perspektive dieser Bewohner anzunähern. Bezüglich der Entwicklung von Lebensqualität sind Bewohner in kommunikativen schwierigen Situationen besonders schutzwürdig und auf Unterstützung angewiesen. Dies verdeutlicht auch die relativ niedrige Teilnehmerzahl am SEIQoL-Interview unter den Bewohnern, die von Freiheitsentziehenden Maßnahmen betroffen sind. Das SEIQoL Interview wurde vereinzelt auch abgelehnt aus Angst, an der Aufgabe zu scheitern, aus Schutz der Privatsphäre oder weil es einfach nicht in den Tagesablauf passte: Ein Bewohnerin wollte z.B. unbedingt eine Fernsehshow sehen, auf die sie während der Visite gestoßen war. Für zukünftige Studien müsste erhoben werden, wie viele Bewohner aus welchen Gründen das SEIQoL-Interview ablehnen. Dabei bleibt es schwer zu beurteilen, ob diese Bewohner das Interview hätten durchführen können. In den bisher mit dem SEIQoL durchgeführten Studien wurde erwähnt, dass das Interview auch noch mit Personen mit leichtgradiger Demenz möglich ist. Die Problematik bestand darin, dass den Bezugspflegerpersonen häufig weder die differenzierte Diagnose zur Demenz bekannt war noch der Schweregrad der Demenz eingeschätzt wurde mit Hilfe eines validen Verfahrens. Die Interviewer mussten sich somit vor Ort beim Bewohner ein Bild von der kognitiven Leistungsfähigkeit machen. Es gab dabei auch Überraschungen. Die Bezugspflegefachkraft dachte, dass der Bewohner noch in der Lage sei, die Aufgaben zu verstehen und Auskunft zu geben. Es stellte sich aber im Interview heraus, dass die Aufgabenstellung bereits zu schwer für den Bewohner war. Die schlechte Datenlage zur fachärztlichen Differenzialdiagnose der Demenz und zur Einschätzung des Schweregrades der kognitiven Beeinträchtigung war bereits aus den Qualitätsprüfungen bekannt, sodass im Vorfeld bei der Schulung die Auditoren angewiesen wurden, grundsätzlich jedem Bewohner das Interview anzubieten. Damit sollte auch einer Einflussnahme durch die Bezugspflegerpersonen auf die Stichprobenauswahl entgegengewirkt werden. Spätestens bei der zweiten Aufgabe (Einschätzung des aktuellen Erfüllungsgrades des wichtigen Lebensaspekts) waren die kognitiven Einschränkungen zu bemerken, wenn der Bewohner seine eigenen Schlagworte nicht mehr erkannte und die Bewertung mit Hilfe der Schublehre nicht vornehmen konnte. Häufig wurde von Bewohnern am Rande der geistigen Leistungsfähigkeit, der Erfüllungsgrad immer mit 100 % angegeben. Ein Frustrationserlebnis bei Scheitern an der Aufgabe war laut Schulung unbedingt zu vermeiden und die Auditoren entwickelten gute Strategien, um das Interview trotz Abbruch der Bewertung zu einem positiven Ende zu führen, indem an die vorher genannten wichtigen Lebensaspekte angeknüpft wurde. Meist konnten wenigstens zwei wichtige Dinge im Leben des Bewohners genannt werden, die im Fachgespräch wiederum aufgegriffen wurden im Rahmen der Beurteilung des LQ-Index, sodass auch abgebrochene Interviews einen hohen Wert für die Reflexion der LQ im Pflegeprozess hatten. Das längste Interview dauerte 120 Minuten, da die Bewohnerin zwar geistig voll leistungsfähig war, aber taub und wegen einer Trachealkanüle ohne entsprechenden Sprechaufsatz stumm war. Da sich die Bewohnerin sehr interessiert an dem Interview zeigte, wollte das Auditorenteam ihr unbedingt die Gelegenheit zur Selbsteinschätzung geben. Der

Auditor wurde dafür freigestellt. Dieser Ausreißerwert trug wesentlich dazu bei, dass die durchschnittliche Dauer erhöht war. Der Median von 25 Minuten ist hier aussagekräftiger, liegt aber dennoch weit über den Angaben für den Zeitbedarf in der Literatur. In der Literatur wurde bisher nicht beschrieben, dass auch abgebrochene Interviews, die vielleicht nur einen dem Bewohner wichtigen Lebensqualitätsaspekt herausarbeiten konnten, für den Pflegeprozess sehr relevant sind, insbesondere in Kombination mit dem LQ-Index. Denn mit der gezielten Reflexion, wie dieser Bereich vom Hilfebedarf beeinflusst und im Pflegeprozess berücksichtigt wird, kann bereits über diese eine Information viel für die Lebensqualität des Bewohners getan werden.

### **Gütekriterien des Analyseinstruments „LQ-Index“:**

#### **Objektivität/Unabhängigkeit vom Auditor**

Die Interrater-Reliabilität des LQ-Index (vgl. Tab. 3) von insgesamt  $Kappa = 0,63$  ( $SD = 0,27$ ) zeigt die Vergleichbarkeit der Ergebnisse und die Unabhängigkeit vom Auditor, die aber noch verbessert werden muss. Die Analyse der Übereinstimmung bei den einzelnen Items des LQ-Index bei der Auswertung zeigt durchaus noch Unterschiede bei der Interrater-Reliabilität. Ein Ausreißerwert des Items 10.5 ( $k = 0,24$ ) hat großen Einfluss auf die Gesamtbewertung der Interrater-Reliabilität. Die Verbesserungsvorschläge der Experten sind deshalb insbesondere für das Item 10.5 sorgfältig in das Instrument einzuarbeiten, um hier die Übereinstimmung der Auditorenbeurteilungen zu verbessern.

#### **Sensitivität**

Der Kontrastgruppenansatz in der Pilotstudie zeigt, dass mit dem LQ-Index Unterschiede bei der Berücksichtigung der LQ der Bewohner im Pflegeprozess herausgearbeitet werden können. Die Spannweite der Ergebnisse der Hauptstudie beträgt 4,1 Punkte, der beste Wert lag bei einem Gesamtergebnis von 8,1 Punkten, der schlechteste Wert betrug 4,0 Punkte.

#### **Praktikabilität**

Die hohe Zustimmungquote von über 80 % bei allen Items des LQ-Index hinsichtlich der Umsetzbarkeit sowohl bei den Auditoren als auch bei den Bezugspflegepersonen und die schnelle Integration des LQ-Index inklusive des SEIQoL-DW in den Pflegequalitätstest mit den entsprechenden Zeitvorgaben (max. 2 Stunden pro Bewohner) bestätigen die hohe Anwenderfreundlichkeit des Instruments. Die vielen konstruktiven Rückmeldungen zur verständlicheren Formulierung der Items wurden in dem validierten Instrument umfänglich berücksichtigt. Die Studie lieferte darüber hinaus wichtige Hinweise für die Anwendung des SEIQoL-Interviews bei Altenheimbewohnern und Bewohnern mit spezifischen Einschränkungen.

### **Konstruktvalidität des LQ-Index**

Der Zusammenhang der Ergebnisse des SEIQoL-Interviews und des LQ-Index zeigte sich deutlich (vgl. Abb. 3) bei den 18 als valide beurteilten SEIQoL-Interviews (Pearson-Korrelationskoeffizient 0,81). Die positive Expertenbewertung und die hohe Rücklaufquote bestätigen die Eignung der Prüfitems des LQ-Index zur Erfassung des Konstruktes „Berücksichtigung der individuell empfundenen Lebensqualität im Pflegeprozess“. Da jedes einzelne Item des LQ-Index von den Experten hinsichtlich Eignung für das Konstrukt in zwei Bewertungsfragen beurteilt wurde, konnte belegt werden, dass das jeweilige Item tatsächlich indikativ für die Berücksichtigung der LQ im Pflegeprozess ist. Die Expertenbewertung bot darüber hinaus die Möglichkeit, Kritik und Verbesserungsvorschläge zu jedem Item frei zu formulieren. Der Freitext wurde systematisch ausgewertet mittels Inhaltsanalyse. Die Rückmeldungen flossen dann in die Überarbeitung der Items ein.

Der LQ-Index berücksichtigt die Subjektivität und die Multidimensionalität des Konzeptes „Lebensqualität“, was durch die teilweise nur einmalig genannten und sehr vielfältigen Schlagworte der Bewohner zu den LQ-Aspekten bestätigt wird. Die Konstruktvalidität der Prüfitems des LQ-Index konnte durch die Expertenbewertung belegt werden. Die Experten gaben auch wesentliche Hinweise für die Weiterentwicklung des Instruments, sodass bei der zukünftigen Umsetzung des LQ-Index die Expertenbewertung im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses fortgeführt werden soll. Auch wenn es noch viele Einflussfaktoren auszuschließen oder zu beherrschen gilt, so ist der LQ-Index ein erster Ansatz, ein Instrument zur Verfügung zu stellen, das den vielen „sprachlosen“ Heimbewohnern eine Stimme gibt für ihre Sicht der Dinge und ihre Wahrnehmung der Lebensqualität.

### **10. Ausblick**

Der LQ-Index ist validiert für eine Beurteilung der Berücksichtigung der subjektiv empfundenen LQ im Pflegeprozess bei Bewohnern in kommunikativ schwierigen Situationen. Nicht als Fremdeinschätzung der Lebensqualität verstanden, sondern als Unterstützung der Pflegenden bei der Reflexion, wie die Lebensqualität im Pflegeprozess besser berücksichtigt werden kann, ist es in Kombination mit dem SEIQoL-Instrument ein erster wichtiger Schritt, diese Dimension der Pflegequalität im Altenheim zu erfassen.

Die Vielschichtigkeit und Subjektivität des Konzeptes der Lebensqualität kommt durch die vielen unterschiedlichen Aspekte, die von den Bewohnern in der Studie genannt wurden, zum Ausdruck. Vielleicht sind diese Aspekte Hinweise für die Konkretisierung der Würde des Menschen im Heimalltag unter institutionellen Wohnbedingungen. Damit die Würde des Menschen keine bloße Floskel auf den

Fahnen der Leitbilder bleibt, geht es darum herauszufinden, was dem Menschen im Leben wirklich etwas bedeutet, ihn das Leben spüren lässt und dem Menschen im Pflegeheim Erfahrungen machen zu lassen, die über die rein vegetative und funktionale Ebenen hinaus gehen. Vielleicht ist es einfach nur die selbst gedrehte Zigarette, der frische Tabakgeruch, der die eher unangenehmen Düfte im Heim durchbricht und das sinnliche Inhalieren des Rauchs. Vielleicht ist es einfach die Möglichkeit zu haben, auch im Heim nicht nur „Be-wohnerin“, sondern auch Hausherrin und Gastgeberin zu sein. Dabei eine dezente Assistenz durch die Pflegekräfte und Betreuungspersonen zu erfahren, die bei der Organisation der Tischdekoration und des Gastmahles helfen, ohne die Bewohnerin als Gastgeberin in den Schatten zu stellen. Das wäre das Ziel des durch den LQ-Index gesteuerten Pflegeprozesses. Es waren die vielen kleinen Dinge, die hinter der Routine und der krankheitsorientierten Ausrichtung der Betreuung oft verschwunden sind, die die Lebensqualität der Bewohner ausgemachten: Draußen Einkaufen gehen, die Auswahl der Waren in vollem Umfang wahrnehmen und andere, nicht pflegebedürftige und junge Leute treffen zu können. Den Kindern finanziell helfen und sich an ihrer Entwicklung und ihrem Erfolg freuen zu können. Den Radiosender hören zu können, den *ich* bevorzuge, der *meinen* Musikgeschmack trifft. Schwimmen, sich im Wasser in angenehmer Schwerelosigkeit frei bewegen und die Gebrechlichkeit des Körpers für einen Moment vergessen zu können. Trotz Pflegebedürftigkeit und Inkontinenz „salonfähig“ zu sein und als respektiertes Mitglied der Gesellschaft sich in der Öffentlichkeit frei und sicher bewegen zu können. Nicht nur die Lebensqualität kann gesteigert werden, sondern auch die Würde des alten Menschen im Heim kann hergestellt werden durch die gezielte und bewusste Berücksichtigung genau dieser kleinen Dinge, die für die Bewohner große Bedeutung haben. Um diese Dinge zu erfahren braucht es hohe kommunikative und empathische Kompetenz der Bezugspflegepersonen. Diese kann durch die gezielte Reflexion mit Hilfe des LQ-Index im Rahmen des Audits gefördert werden. Durch das Setzen von neuen Qualitätsmaßstäben, die mit überprüften Indikatoren gemessen werden können, soll die Entwicklung der Qualität der Pflege in stationären Altenhilfeeinrichtungen so gesteuert werden, dass zukünftig den kommunikativen Anteilen der professionellen Pflegearbeit wieder mehr Beachtung geschenkt wird. Der Pflegeprozess ist an der subjektiv empfundenen Lebensqualität des Bewohners auszurichten. Dabei orientiert sich sowohl die Pflegenden als auch der Auditor an den Dingen, die *dem Bewohner* wichtig sind. *Seine* Interpretation vom Wohnen und Leben im Heim ist dabei Maßstab. Da es sich im Bereich der stationären Altenpflege nicht nur um vorübergehende Nutzung von Gesundheitsleistungen handelt, sondern vielmehr um die tägliche Lebensrealität in einem voraussichtlich auf Dauer genutzten Lebensraum, ist der Lebensqualität der Bewohner eine besondere Bedeutung beizumessen. Externe und interne Audits auf der Basis der kollegialen Fallrekonstruktion im LQ-Index können helfen, in der betrieblichen Routine und unter den formalisierten Abläufen in den Einrichtungen „die Bewohnerperspektive nicht aus dem Blick zu verlieren“ (Kaluza 2006:649) und den Fokus auf die subjektiv erfahrene Lebensqualität des Bewohners zu lenken.

## Literaturnachweis

1. Antonovsky A: Health, stress, and coping: New perspectives on mental and physical well-being. Jossey-Bass Publishers, San Francisco etc., 1979, 255 S.
2. Arndt M: Ethik denken- Maßstäbe zum Handeln in der Pflege. Thieme Verlag, Stuttgart, New York, 1996, 176 S.
3. Bauer R: Beziehungspflege. Professionelle Beziehungsarbeit für Gesundheitsberufe. Ibicura Verlag, Unterostendorf, 2004, 176 S.
4. Bayrischer Landtag (Hrsg.): Pflege- und Wohnqualitätsgesetz. Drucksache 15/10997, Stand 03.07.2008. München, 2008, 11 S.
5. Becker S, Kruse A, Schröder J, Seidl U: Das Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität bei Demenz (H.I.L.DE.). Dimensionen von Lebensqualität und deren Operationalisierung. Z Gerontol Geriat 38 (2005) 1-14
6. Behrens J, Arzberger K, Hondrich K O, Liefke H, Müller E: Der Wandel von Organisationsstrukturen seit Beginn der Industrialisierung: Funktionale Differenzierung, Autoritäts- und Leistungsstrukturwandel in Unternehmens- und anderen Organisationen. Abschlussbericht an die DFG, 1982, 320 S.
7. Behrens J: Evaluation of OHS as a system of incentives – a German example. In: Menckel E, Westerholm P (Hrsg.): Evaluation in Occupational Health Practice, Butterworth-Heinemann, Oxford, 1999, S. 148-154
8. Behrens J: Unbeabsichtigte Anreize durch Qualitätssicherung? Zu einigen Risiken und Nebenwirkungen von QS und QM im Gesundheitswesen. In: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.): Rehabilitation im Wandel – Kongressbericht, Frankfurt a.M., 2000, S. 327-328
9. Behrens J: Evidence Based Nursing. Pflegerische Entscheidungen in bestverfügbarer Kenntnis ihrer Wirkungen. In: Landenberger M, Klein R, Horn I, Ferenzkiewicz D C (Hrsg.): Pflegepfade in Europa. Neue Forschungsergebnisse und Praxisprojekte aus Pflege, Management und Gesundheitspolitik in Europa. Tagungsband der 4. Konferenz der European Nurse Director Association (ENDA) 1999, Halle (Saale), 2002, S. 92-110
10. Behrens J: Soziologie der Pflege und Soziologie der Pflege als Profession: die Unterscheidung von interner und externer Evidence. In: Schroeter K R, Rosenthal T (Hrsg.): Soziologie der Pflege, 2005, S. 51-70
11. Behrens J, Langer G, Hanns S, Zimmermann M: Evidence-basierte Pflege chronisch Pflegebedürftiger in kommunikativ schwierigen Situationen. Pflege & Gesellschaft, 10 (2005) 17-20
12. Behrens J, Berg A, Dreyer-Tümmel J, Langer G, Zimmermann M: Frühberentete ohne Rehabilitation – Fehlsteuerung oder fehlende subjektive Rehabilitationsbedürftigkeit? In: VDR

- (Hrsg.): Selbstkompetenz – Weg und Ziel der Rehabilitation, 13. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. WDV, Bad Homburg, 2004, S. 333-335
13. Behrens J, Langer G: Evidence-based Nursing and Caring. Interpretativ-hermeneutische und statistische Methoden für tägliche Pflegeentscheidungen. Vertrauensbildende Entzauberung der „Wissenschaft“. 2., vollständig überarbeitete und ergänzte Auflage, Hans Huber, Bern, 2006, 325 S.
  14. Behrens J, Zimmermann, M: Das Bedürfnis nach Selbstbestimmung bei Pflegebedürftigkeit. Konzept und Forschungsperspektiven. *Z Gerontol Geriat*, 39 (2006) 165-172
  15. Behrens J, Zimmermann, M: Evidenzbasierte Pflege chronisch Kranker und Pflegebedürftiger in kommunikativ schwierigen Situationen, der Pflegeforschungsverbund Mitte-Süd. In: Schaeffer D, Behrens J, Görres S (Hrsg.): Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns, Weinheim, 2008, S. 155-166
  16. Bliesmer M, Earle P: Nursing home quality perceptions. *Journal of Gerontological Nursing*, 19 (1993) 27-34
  17. Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (Hrsg): Demenzkranke können selbst sagen, wie es ihnen geht, Newsletter Nr. 23 (2005) 3
  18. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Studie im Auftrag des BMG, Witten, 2006, 153 S.
  19. Bräutigam C: Professionelles Situationsverstehen im Pflegeprozess: Ein analytischer und phänomenologischer Zugang im Vergleich. *Evang. Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe. Denken & Handeln: Beiträge aus Wissenschaft und Praxis*, 44, Bochum, 2002, 104 S.
  20. Bräutigam C, Bergmann-Tyacke I, Rustemeier-Holtwick A, Schönlau K, Sieger M: Verstehen statt Etikettieren: ein professioneller Zugang zur Situation von Pflegebedürftigen mit Demenz in kommunikativ schwierigen Situationen. *Pflege & Gesellschaft* 10 (2005) 83-89
  21. Bredthauer D: Bewegungseinschränkende Maßnahmen bei dementen alten Menschen in der Psychiatrie, Dissertation, Universität Ulm, 2002
  22. Brocklehurst J, Dickinson E: Autonomy for elderly people in long-term care. *Age and Aging*, 25 (1996) 329-332
  23. Brown J P, O'Boyle C A, McGee H M, McDonald N J, Joyce C R B: Development of a direct weighting procedure for quality of life domains. *Quality of Life Research*, 6 (1997) 301-309
  24. Carr A J, Higginson I J: Measuring quality of life. Are quality of life measures patient centred? *BMJ* 322 (2001) 1357-1360
  25. Cella D F, Tulsky D S: Measuring Quality of Life Today . *Methodological Aspects. Oncology* 4 (1990) 29-38

26. Coen R, O'Mahony D, O'Boyle C, Joyce C R B, Hiltbrunner B, Walsh B, Coakley D: Measuring the quality of life of dementia patients using the schedule of the evaluation of individual quality of life. *The Irish Journal of Psychology*, 14 (1993) 154-163
27. Collopy B J: Autonomy in long term care: some crucial distinctions. *The Gerontologist* 28 (1988) 10-17
28. Corsten H: Dienstleistungsmanagement. Oldenburg Verlag, München, 1997, 439 S.
29. Deutsches Institut für Normung e.V.: DIN EN ISO 9001:2000-12. Beuth-Verlag GmbH, Berlin, 2000, 85 S.
30. Diener E, Suh E M, Lucas R E, Smith H L: Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125 (1999) 276-302
31. Dillman D A, Redline C D: Testing paper self-administered questionnaires: cognitive interview and field test comparisons. In: Pressor et al. (Hrsg.): *Methods for testing and evaluating survey questionnaires*. New York u. a., 2004, S. 300-303
32. Fawcett J: *Pflegemodelle im Überblick*, Bern u.a., 1996, 658 S.
33. Gebert A J, Kneubühler H U: *Qualitätsbeurteilung und Evaluation der Qualitätssicherung in Pflegeheimen. Plädoyer für ein gemeinsames Lernen*. Verlag Hans Huber, Bern, 2001, 507 S.
34. Gilloran A J, McGlew T, McKee K, Robertson A, Wight D: Measuring the quality of care in psychogeriatric wards. *Journal of Advanced Nursing*, 18 (1993) 269-275
35. Glaser B G, Strauss A L: *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung*. Bern, 1998, 270 S.
36. Glatzer W: *Lebensqualität und subjektives Wohlbefinden. Ergebnisse sozialwissenschaftlicher Untersuchungen*. In: Bellebaum A (Hrsg.): *Glück und Zufriedenheit. Ein Symposium*, Westdeutscher Verlag, Opladen, 1992, S. 49-85
37. Görres S, Hasseler M, Mittnacht B: *Gutachten zu den MDK-Qualitätsprüfungen und den Qualitätsberichten im Auftrag der Hamburgischen Pflegegesellschaft e.V.*, Bremen, 2008, 64 S.
38. Graber-Dünow M: *Bewohnerorientierung als Qualitätsmerkmal*. *Altenheim*, 7 (2004) 34-36
39. Greb U: „Helfen“ im Diskurs der Negativen Dialektik- eine Chiffre für pflegerisches Handeln. *Pflege & Gesellschaft, Zeitschrift für Pflegewissenschaft*, 11 (2006) 13-14
40. Greenhalgh T: *Einführung in die Evidence-based Medicine. Kritische Beurteilung klinischer Studien als Basis einer rationalen Medizin. 2., vollständig überarbeitete Auflage*, Bern, 2003, 272 S.
41. Habermas J: *Theorie des kommunikativen Handelns. Band 1. Handlungsrationalität und gesellschaftliche Rationalisierung*. Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1995a, 640 S.
42. Habermas J: *Theorie des kommunikativen Handelns. Band 2. Zur Kritik der funktionalistischen Vernunft*. Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1995b, 640 S.
43. Häyry M: *Measuring the quality of life: Why, how and what?* In: Joyce C R B, O'Boyle C A, McGee H (Hrsg.): *Individual quality of life. Approaches to conceptualisation and assessment*, harwood academic publishers, Amsterdam, 1999, S. 9-28

44. Hickey A M et al.: A new short form individual quality of life measure (SEIQoL-DW): application in a cohort of individuals with HIV/ AIDS. *BMJ* 313 (1996) 29-32
45. Hickey A, O'Boyle C A, McGee H M, Joyce C R B: The schedule for the evaluation of individual quality of life. In: Joyce C R B, O'Boyle C A, McGee H (Hrsg.): *Individual quality of life. Approaches to conceptualisation and assessment*, harwood academic publishers, Amsterdam, 1999, S. 119-134
46. Höhmann U: „Hilfhandeln“ als Tätigkeit der beruflichen Pflege. *Pflege & Gesellschaft, Zeitschrift für Pflegewissenschaft*, 11 (2006) 23-30
47. Holloway I, Wheeler S: *Qualitative Pflegeforschung. Grundlagen qualitativer Ansätze in der Pflege*, Wiesbaden, 1997, 261 S.
48. Hulskers H: Die Entwicklung eines Messinstrumentes zur Messung der Qualität der pflegerischen Beziehung. *Pflege* 16 (2003) 135-143
49. International Council of Nurses, ICN (Hrsg.): *The ICN Code of Ethics for Nurses*. Genf, 2006, 12 S.
50. Josat S: Qualitätskriterien, die Altenpflegeheimbewohnern und Angehörigen wichtig sind. *Pflege* 19 (2006) 79-87
51. Joyce C R B: Entwicklung der Lebensqualität in der Medizin. *Aktuelle Onkologie* 63 (1991) 11-22
52. Joyce C R B, O'Boyle C A, McGee H: *Individual quality of life. Approaches to conceptualisation and assessment*, harwood academic publishers, Amsterdam, 1999, 233 S.
53. Kähler G: Lebensqualität lässt sich messen, *Altenheim*, 9 (2008) 23-25
54. Kaluza J: Bewohnerbefragung im Pflegeheim: Möglichkeiten, Grenzen und praktische Hinweise. *Pflegezeitschrift* 10 (2006) 646-649
55. Kane R A: Personal Autonomy for Residents in Long-Term Care: Concepts and Issues of Measurement. In: Birren J E, Lubben J E, Rowe J C, Deutchman D E (Hrsg.): *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*, Academic Press Inc , San Diego, 1991, S. 315-334
56. Kane R A, Kane R L: long-term care: variations on a quality assurance theme. *Inquiry* 25 (1988) 132-146
57. Karotsch D, Grond E: Qualität ist, was der Kunde dafür hält. *Altenpflege* 8 (1997) 37-41
58. Kelle U, Niggemann C: Datenerhebung als sozialer Prozess in der Evaluations- und Wirkungsforschung – das Beispiel „Pflegequalität“, *Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften* 13 (2003) 1-22
59. Kruse A : Lebensqualität demenzkranker Menschen. *Zeitschrift für Medizinische Ethik* 51 (2005) 41-57

60. Kühn K, Porst R: Befragung alter und sehr alter Menschen: Besonderheiten, Schwierigkeiten und methodische Konsequenzen. Ein Literaturbericht. In: ZUMA-Arbeitsbericht 99/03, Mannheim, 1999, 40 S.
61. LApK (Hrsg): Lebensqualität objektiv gesehen und subjektiv erlebt. Unbeirrbar. InfoForum für Angehörige psychisch Kranker in Bayern, 19 (2007) 1-5
62. Lavizzo-Mourey R J, Zinn J, Taylor L: Ability of surrogates to represent satisfaction of nursing home residents with quality of care. JAGS 40 (1992) 39-47
63. Lawton M P, Van Haitsma K, Klapper J: A Balanced Stimulation and Retreat Program for a Special Dementia Unit. In: Holmes D (Hrsg): Special Dementia Care Research, Policy and Practice Issues. Alzheimer Disease and Associated Disorders, 8, Suppl. 1, Raven Press, New York, 1994, S. 133-138
64. Leibl M: Medizinischer Paternalismus und Patientenautonomie. S H Ärzteblatt 3 (2001) 42-50.
65. LoBiondo-Wood G, Haber J: Pflegeforschung. Methoden, kritische Einschätzung und Anwendung. Ullstein Mosby, Berlin, Wiesbaden, 1996, 661 S.
66. MacKeigan L D, Pathak D S: Overview of health-related quality-of-life measures. Am J Hosp Pharm 49 (1992) 2236-2245
67. McGee H M, O'Boyle C A, Hickey A, O'Malley K, Joyce C R B: Assessing the quality of life of the individual: the SEIQoL with a healthy and a gastroenterology unit population. Psychological Medicine, 21 (1991) 749-759
68. Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (MDS) (Hrsg.): Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege, 2005, 208 S.
69. Medizinischer Dienst der Krankenversicherung in Bayern (MDK Bayern): Prüfanleitung Wirksamkeitsprüfung 17.08.2005 und 22.05.2007 (nicht frei zugänglich)
70. Meier D: Lebensqualität im Alter. Eine Studie zur Erfassung der individuellen Lebensqualität von gesunden Älteren, von Patienten im Anfangsstadium einer Demenz und ihren Angehörigen. Phil. Diss., Basel, Peter Lang Verlag, Bern, 1995, 183 S.
71. Meister C, Boyle C: Perceptions of quality in long-term care: a satisfaction survey. Journal of Nursing Care Quality 10, Issue 4 (1996) 40-47
72. Morris J N, Fries B E, Mehr D R, Hawes C, Phillips C, Mor V, Lipsitz L A: MDS Cognitive Performance Scale. Journal of Gerontology: Medical Sciences. 49 (1994) 174-182.
73. Mukamel D B: Risk-adjusted outcome measure and quality of care in nursing homes. Medical Care, 35 (1997) 367-385
74. Mukamel D B, Brower C A: The influence of risk adjustment methods on conclusion about quality of care in nursing homes based on outcome measures. The Gerontologist, 38 (1998) 695-703

75. Neudert C, Wasner M, Borasio G D: Patients'assessment of quality of life instruments : A randomised study of SIP, SF-36 and SEIQoL-DW in patients with amyotrophic lateral sclerosis. *Journal of the Neurological Sciences* 191 (2001)103-109
76. O'Boyle C A, McGee H, Hickey A, O'Malley K, Joyce C R B: Individual quality of life in patients undergoing hip replacement. *Lancet* 339 (1992) 1088-1091
77. O'Boyle C A, McGee H M, Hickey A, Joyce C R B, Browne J P, O'Malley K, Hiltbrunner B: The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL): Administration manual. Royal College of Surgeons in Ireland, Dublin, 1993, 13 S.
78. Ollenschläger G: Institutionalisierung der Qualitätsentwicklung in der Pflege. Gutachten für die Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e.V. (BUKO-QS), Köln, 2007, 161 S.
79. Oppikofer S: Lebensqualität bei Demenz. Eine Bestandsaufnahme, Sichtung und Dokumentation bestehender Instrumente zur Messung von Lebensqualität bei Menschen mit schwerer Demenz. Universität Zürich, Zentrum für Gerontologie, Zürich, 2008, 43 S.
80. Porell F et al.: A Longitudinal Analysis of Nursing Home Outcomes. *Health Services Research*, 33 (1998) 835-865
81. Robert-Koch-Institut, Statistisches Bundesamt (Hrsg): Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Pflege. Berlin, 2004, 66 S.
82. Rubinstein R L: Resident Satisfaction, Quality of Life and „Lived Experience“ as Domains to Be Assessed in Long-Term Care. In: Cohen-Mansfield J, Ejaz F K, Werner P (Hrsg): *Satisfaction Surveys in Long-Term Care*, New York, 2000, S. 13-28
83. Schaeffer D, Müller-Mundt G: *Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung*. Bern, 2002, 429 S.
84. Schindler U: *Die Pflege demenziell Erkrankter neu Erleben. Mäeutik im Praxisalltag*. Vincentz, Hannover, 2003, 125 S.
85. Schnabel E, Schönberg F: Qualitätsentwicklung in der Versorgung Pflegebedürftiger. Bilanz und Perspektiven. In: Naegele G, Peter G (Hrsg): *Dortmunder Beiträge zur Sozial- und Gesellschaftspolitik*. 41 (2004) 168-190
86. Schnelle J: Improving nursing home quality assessment. Capturing the voice of cognitively impaired elders. Guest Editorial, *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 58A (2003) 238-239
87. Schopp A, Dassen T, Välimäki M, Leino-Kilpi H, Gasull M, Lemonidou C, Scott A P, Arndt M: Autonomie und informierte Zustimmung in der Pflege chirurgischer Patienten aus Sicht von Patienten und Pflegenden. *Pflege* 17 (2004) 155-164
88. Schumacher J, Klaiberg A, Brähler E (Hrsg): *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden*. Hogrefe, Göttingen, 2003, 329 S.
89. *Sozialgesetzbuch SGB*. Wolters Kluwer Deutschland GmbH, Haarfeld, 2008, 10292 S.
90. *Sozialgesetzbuch SGB*. Wolters Kluwer Deutschland GmbH, Haarfeld, 2004, 10320 S.

91. Stemmer R : Zur aktuellen Lage der pflegesensitiven Outcomemessung eine Übersicht. PrinterNet 07-08 (2005) 430-435
92. Sutherland H J, Till J E: Quality of life assessments and levels of decision making : Differentiating objectives. Quality of Life Research, 2 (1993) 297-303
93. Svensson T : Intellectual exercise and quality of life in the frail elderly. In: Birren J E, Lubben J E, Rowe J C, Deutchman D E (Hrsg.): The concept and measurement of quality of life in the frail elderly, Academic Press Inc , San Diego, 1991, S. 256-275
94. Uman G C, Hocevar D, Urman H N, Young R, Hirsch M, Kohler S.: Satisfaction Surveys with Cognitively Impaired. In: Cohen-Mansfield J, Ejaz F K, Werner P (Hrsg): Satisfaction Surveys in Long-Term Care, New York, 2000, S. 167-183
95. Ummel H: Fallrekonstruktionen als eine Form der Qualitätssicherung in professionalisierbaren Handlungsfeldern. Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften, 7 (2005) 1-9
96. Waldron D, O'Boyle C A, Kearney M, Moriarty M, Carney D: Quality-of-life measurement in advanced cancer: assessing the individual. Journal of Clinical Oncology, 17 (1999) 3603-3611
97. Watson J: Pflege. Wissenschaft und menschliche Zuwendung. Verlag Hans Huber, Bern, 1996, 129 S.
98. Willis G B: Cognitive interviewing revisited: a useful technique, in theory? In: Presser S (Hrsg.): Theory? Methods for Testing and Evaluating Survey Questionnaires, Hoboken, 2004, S. 23-43
99. Winter-von Lersner C: Soziale Beziehungen im Alter: Eine gerontologisch-epidemiologische Vergleichsstudie an in natürlichen Lebensumwelten und in Heimen lebenden Menschen. Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften, 4 (2006) 1-69

## Anhang

### Review von Studien und psychometrischen Testungen des SEIQoL-Instruments

Studienteilnehmer	Setting	Autoren	Erfüllung der Gütekriterien
53 Patienten mit beginnender Demenz und deren Angehörige, Kontrollgruppe von 50 gesunden freiwilligen Älteren	Memory Klinik ambulant	Meier, Denise (1995)	Die Ergebnisse zeigten, dass Patienten im <i>Anfangsstadium einer Demenz</i> fähig waren, zuverlässige Angaben über ihre Lebensqualität zu machen. Die Durchführung des SEIQoL wurde bei Patienten mit einem MMS unter 20 von 30 möglichen Punkten problematisch.
20 ältere Patienten mit leichtgradiger Demenz, 12 Pat. mit Alzheimer Demenz, sonst Multinfarkt-Demenz od. gemischte Form	St. James Hospital Dublin, Irland stationär	Coen, Robert/ O'Mahony, Denis/O'Boyle, Ciaran/ Joyce, C.R.B./ Hiltbrunner, Beat/Walsh, J. Bernard (1993)	Nachweis der Demenz mit MMSE (Median MMSE= 22,75)und CAMCOG Alle 20 Pat. konnten 5 wichtige Bereiche nennen, teilw. mit Hilfe der Auswahlliste, nur 6 Pat. konnten den SEIQoL abschließen (Median MMSE= 23,83), nachgewiesen konsistente und reliable Angaben, R <sup>2</sup> =0,70, Reliabilität r= 0.74
52 HIV- Infizierten und Kranke Vergleichsgruppe (nicht	stationär erste klinische Anwendung des	Hickey, Anne M. et al. (1996)	praktikabel in klinischen Kontexten mit wenig Zeitressourcen, für chron. Krankheiten allgemein gut geeignet, hohe

erkrankt, homosexuelle, gesunde Menschen der Nachbarschaft)	SEIQoL-DW		Kriteriumsvalidität und hohe Retest-Reliabilität, nicht mit Daten belegt
vergleichende Messung der Lebensqualität bei Patienten mit fortgeschrittenem Krebsleiden SEIQoL und SEIQoL-DW (Direct Wighting, Kurzform des SEIQoL) Stichprobengröße: 80 Patienten, 40 Patienten stationär, 40 Patienten ambulant	40 Pat. ambulant und 40 Pat. stationär (Hospiz)	Waldron, Dymna et al. (1999)	SEIQoL: Median Zeitaufwand: 40 Min. SEIQoL-DW: Median Zeitaufwand: 15 Min. Interne Validität $R^2$ (Randkorrelationskoeffizient $\alpha$ )=0.88 Interne Reliabilität= $r=0.9$  Alle Patienten konnten den SEIQoL-DW komplett durchführen, 78 % konnten die Vollversion des SEIQoL komplett durchführen hoher Grad an interner Konsistenz ( $r=.90$ ) und interner Validität (median $R^2=0.88$ ), Reliabilität (palliative care): $r= .87$ , Validität ( $R^2= .86$ ) hoher Grad an Übereinstimmung der Ergebnisse des SEIQoL und des SEIQoL-DW: Pearson´s Korrelationskoeffizient ( $r= .923$ )
56 gesunde Ältere	ambulant	Browne JP, O´Boyle CA, McGee HM (1994)	Reliabilität Mean $r= 0.66$ Validität Mean $R^2= 0.72$
20 Pat. mit Osteoarthritis und Hüft-TEP älter als 40 Jahre Kontrollgruppe mit Gesunden	stationär prä- und postoperative Erhebung	O´Boyle CA, McGee H, Hickey A (1992)	Vergleichsmessung mit anderen standardisierten Messverfahren zum Gesundheitsstatus (McMaster health index questionnaire und AIMS: asthma impact measurement scale) Reliabilität Mean $r= 0.64$ , Validität Mean $R^2=0.62$ SEIQoL ist sensitive für emotionalen und sozialen Status im Gegensatz zu den krankheitsspez. Messverfahren. Er kann an verschiedene Krankheitssituationen angepasst werden
28 Pat. mit chronischer gastrointestinaler Erkrankung 28 Pat. mit Magenculcus-Erkrankung Vergleichsgruppe mit gesunden Erwachsenen, die sich in einer internat. Immunisierungsklinik behandeln ließen durchschn. Alter 29 J.	stationär	McGee H, O´Boyle CA, Hickey A (1991)	Reliabilität Mean $r= 0.62$ , Validität Mean $R^2=0.73$ Mean $r= 0.70$ , Mean $R^2=0.79$ Hohe Konsistenz der Selbsteinschätzung ergab die Judgement Analysis-Methode Validierung mit Goldstandard nicht möglich, da es kein vergleichbares Instrument zur Messung der LQ gibt, bei dem der Patient die Struktur vorgeben kann hohe Vielfalt der „cues“, spez., individuelle Themen
42 ALS-Patienten, mit definitiver oder wahrscheinlicher Diagnose	ambulante Versorgung in der neurologischen Klinik der LMU München	Neudert, Ch./Wasner, M./Borasio, G D (2001)	Vergleichende Studie mit SIP(Sickness Impact Profile) und SF-36 Vergleich der Validität der Daten und des emotionalen Stress, der durch die Instrumente hervorgerufen wird signifikant höhere subjektiv eingeschätzte Validität des SEIQoL-DW als bei SIP ( $p< 0.007$ beim 3. Besuch) und SF-36 ( $p<0.001$ beim 3. Besuch), $p< 0.001$ signifikant höherer emotionaler Stress beim SIP als beim SEIQoL-DW, $p< 0.005$

Aus dem Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft  
an der Martin-Luther-Universität Halle Wittenberg  
(Direktor: Prof. Dr. phil. Johann Behrens)

**Thesen der Dissertation**

**Was kann man vom Leben im Altenheim noch erwarten?  
„Lebensqualität“ im Fokus des Qualitätsaudits**

zur Erlangung des akademischen Grades  
Doktor rerum medicarum (Dr. rer. medic.) für das Fachgebiet  
Gesundheits- und Pflegewissenschaft

vorgelegt  
der Medizinischen Fakultät  
der Martin-Luther-Universität Halle Wittenberg

von:

Astrid Dorothea Herold-Majumdar  
geboren am 22.08.1966 in München

am: 04.06.2009

## **1. Die Lebensqualität (LQ) ist ein wichtiger Outcome-Parameter in der Langzeitpflege und muss im Qualitätsaudit berücksichtigt werden.**

LQ ist ein wichtiger subjektiver und multidimensionaler Aspekt für die Bewohner eines Altenheims, die dort nicht nur einzelne medizinisch-pflegerische Leistungen empfangen, sondern für die das Heim Lebensmittelpunkt ist. In der Pflege, insbesondere in der Langzeitpflege im Heim, sind die „Lebensqualitäts-outcomes“ noch relevanter als bei Einzelbehandlungen, die weniger in das gesamte Leben des Behandelten eingreifen. Das hat zu einer Neubewertung des Zusammenhangs von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und zu Qualitätsmodellen geführt, die über Donabedian hinausgehen (vgl. Behrens Oxford 1999). Der Entwicklung von Auditkriterien zur Lebensqualität muss deshalb ein umfassendes Qualitätsmanagement-Modell zugrunde gelegt werden. Die verschiedenen Qualitätsdimensionen (Bewohnerzufriedenheit, Pflegequalität, Lebensqualität) werden in dem Modell des umfassenden Qualitätsmanagements von Rubinstein in Beziehung zueinander gesetzt und ergänzen sich zu einer gelebten Alltagserfahrung, „lived experience“ (Rubinstein 2000). Die Unterstützungsleistungen bei den so genannten „Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens“ (§ 14 Abs. 3 SGB XI, Sozialgesetzbuch, 11. Buch, die soziale Pflegeversicherung 2004) werden als vergütungsrelevante pflegerische Tätigkeiten gesetzlich festgeschrieben, weil sie beobachtbar und in Prüfverfahren gut messbar sind. Die professionelle und menschliche Beziehung der Pflegenden mit dem Bewohner, die durchaus therapeutische und heilende Wirkung haben kann (Watson 1996), verschwindet dabei hinter den überwiegend leistungs- und vergütungsorientierten Informationen, die funktional-instrumentell ausgerichtet sind (vgl. Kane/Kane 1988, Görres 2008). Sie bestimmen aber das *Wie* der Unterstützung in den Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens. Das *Wie* gestaltet das Person-sein und fördert oder verletzt die Identität und die Würde des pflegebedürftigen Menschen. Das Wissen oder zumindest Teilwissen, wie ein alt gewordener Mensch sein Wohnen und Leben im Heim wahrnimmt, ist die Voraussetzung für das professionelle Verstehen und damit für eine echte Zuwendung zum pflegebedürftigen Menschen. Damit dies gelingt müssen auch externe Prüf- und Auditverfahren, von deren Ergebnissen nicht zuletzt die Leistungsvergütung abhängt, diese Dimension des Pflegehandelns berücksichtigen. Deshalb wurde in dieser Arbeit ein Auditinstrument zur Beurteilung der Berücksichtigung der Lebensqualität im Pflegeprozess entwickelt und validiert.

## **2. Lebensqualität selbst kann im Audit nicht beurteilt werden.**

Gegenstand dieser Forschungsarbeit ist die Frage, wie die Lebensqualität durch externe Qualitätsbewertung, wie sie z. B. in Pflegeheimen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung durchführt, überhaupt erfasst werden kann. Denn unter Lebensqualität ist ja nicht ein Zustand zu verstehen, den ein externer Beobachter anderen Menschen als normativ richtig vorschreibt. Im Lebensverlauf entwickeln sich individuell bedeutungsvolle Dinge, die den Wert des Lebens, seinen Sinn und die Lust am Leben bestimmen (qualities in life“ Svensson 1991, „cues“ Meier 1995, „social indicators“ Behrens 1982). Es wird von einem individualisierten Konstrukt (Joyce 1991, Svensson 1991,

Cella/Tulsky 1990) ausgegangen, das in den Bereich der subjektiven Wahrnehmung fällt und nur von der Person selbst beurteilt werden kann.

**3. Die subjektiv wahrgenommene Lebensqualität muss von der Person selbst eingeschätzt werden. Deshalb muss ein Auditinstrument zur Beurteilung der Lebensqualität immer ein adäquates Selbsteinschätzungsverfahren vorsehen.**

Da Lebensqualität überwiegend mit der subjektiven Wahrnehmung zusammenhängt (Top-down Faktoren, äußere, objektiv beobachtbare Lebensumstände beeinflussen weniger als 20% das subjektive Befinden vgl. Diener/Suh 1999), kann sie durch Dritte mittels Surrogatbefragung nicht valide erhoben werden (Kane/Kane 1988, Lavizzo-Mourey 1992, Uman et al. 2000). Im Mittelpunkt eines Audit-Instruments (hier als Lebensqualitäts-Index bezeichnet) muss die individuelle Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation durch den Bewohner stehen. Die Bewohner, die sich noch verbal äußern können, müssen im Audit dazu die Gelegenheit bekommen. Dabei sind den Bewohnern adäquate Befragungsinstrumente und Hilfsmittel anzubieten, die die kognitiven und körperlichen Leistungseinschränkungen möglichst kompensieren.

**4. Das Schedule for the evaluation of individual quality of life (SEIQoL)-Instrument ist ein adäquates Selbsteinschätzungsinstrument für die Lebensqualität und erhält die Subjektivität und Multidimensionalität des Konstrukts.**

Der Bewohner selbst strukturiert das SEIQoL-Interview (O'Boyle CA et al. 1993, Coen et al. 1993). Dadurch sind keine durch die Sichtweise des Interviewers geprägte Kategorien vorgegeben. Die Multidimensionalität bleibt erhalten. Die Gütekriterien des SEIQoL-Instruments sind auch für Langzeitpflege-Patienten und an Demenz erkrankten Patienten mehrfach getestet worden. Um das SEIQoL-Instrument als Referenzstandard zu belegen, wurde ein systematisches Review von Studien in verschiedenen Settings durchgeführt. Insbesondere Studien mit älteren Langzeitpflegepatienten und demenzkranken Patienten wurden dabei berücksichtigt.

**5. Bewohner in kommunikativ schwierigen Situationen, die ihre Wünsche nicht mehr äußern können, dürfen bei der Beurteilung der Berücksichtigung der Lebensqualität im Pflegeprozess nicht ausgeschlossen werden. Dafür müssen Kriterien/Items entwickelt werden.**

Bewohner, die ihre Wünsche und Vorstellungen von Lebensqualität nicht mehr für die Pflegenden verständlich äußern können, haben das Risiko, dass ihnen fremde Lebensentwürfe in der Pflegebeziehung aufgedrängt werden. Mit Hilfe einer differenzierten Informationssammlung unter Einbeziehung unterschiedlicher Informationsquellen im Rahmen der pflegerischen Anamnese können zumindest die „mutmaßlichen Lebensqualitätsaspekte“ eruiert werden. Die Berücksichtigung dieser individuell wichtigen Lebensqualitätsaspekte im Pflegeprozess kann

dann vom Auditor auf der Basis einer kollegialen Fallrekonstruktion mit der Bezugspflegeperson beurteilt werden.

#### **6. Die Überprüfung der Items des Lebensqualitätsindex erfordert einen Methodenmix**

Mit den neu entwickelten Items des Audit-Instruments sollen kommunikative Anteile der pflegerischen Arbeit abgebildet werden. Dies erfordert neben statistischen Verfahren hermeneutisch-interpretative Forschungsansätze, die sowohl die Perspektive des Bewohners als auch der Bezugspflegeperson beleuchten. Deshalb wurden verschiedene Interviewmethoden für beide Zielgruppen eingesetzt und in einem Methodenmix mit der statistischen Überprüfung der Gütekriterien (Paralleletestung, Itemblockanalyse, Feststellung der Interraterreliabilität) kombiniert.

#### **7. Das Schedule for the evaluation of individual quality of life-Instrument kann als Referenzstandard eingesetzt werden.**

Das SEIQoL-Selbsteinschätzungsverfahren stellte sich nach einem Review von Übersichtsarbeiten zur LQ-Forschung (Oppikofer 2008) als bisher einziges Verfahren zur Selbsteinschätzung der subjektiv empfundenen LQ heraus, das ohne Vorgabe von LQ-Dimensionen und normative Setzung dessen, was LQ ausmacht, arbeitet. Diagnostische Verfahren auf der Grundlage eines gesundheits- bzw. krankheitsbezogenen LQ-Begriffs (Health-related QOL) wurden ausgeschlossen, da dabei wichtige Aspekte der LQ von Bewohnern eines Altenheims ausgeblendet werden könnten, die keinen Bezug zu Krankheit und Pflegebedürftigkeit haben. Ein hinreichender Zusammenhang zwischen LQ-Index (Berücksichtigung der individuellen LQ-Aspekte im Pflegeprozess) und SEIQoL-Index (subjektiv empfundene Lebensqualität) nachgewiesen werden kann, wäre ein Beleg für die Eignung der Prüf-Items. Hier liegt die Annahme zugrunde: Je systematischer und aufmerksamer die LQ-Aspekte des Bewohners im Pflegeprozess berücksichtigt werden, desto höher ist die subjektiv wahrgenommenen LQ des Bewohners.

#### **8. Die Gültigkeit der Aussagen kann auf eine bestimmte Zielgruppe bezogen werden.**

Insgesamt willigten 1128 Bewohner (N=1128) bzw. deren gesetzlichen Vertreter von 8 Altenheimen eines kommunalen Trägers ein, an der Validierungsstudie/Hauptstudie teilzunehmen. Davon wurde eine nach Pflegestufen geschichtete Zufallsstichprobe von insgesamt 209 Bewohnern (n=209) gezogen. Die Daten wurde differenziert erhoben hinsichtlich Alter, Geschlecht, pflegebegründender Diagnosen, Demenz- Erkrankungen, Hilfebedarf, Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen und Aufenthaltsdauer im Heim. 31 (14,8 %) Bewohner konnten das SEIQoL-Interview komplett durchführen. Davon waren nur 18 Bewohner (8,61 % der Stichprobe) in der Lage, die Aufgabenstellung zu verstehen, adäquat zu antworten und valide Selbsteinschätzungen abzugeben. Diese unerwartet niedrige Rate der

Bewohner, die noch in der Lage waren, ihre empfundene LQ mitzuteilen und einzuschätzen, macht umso mehr deutlich, wie wichtig die Entwicklung eines Diagnoseinstrumentariums für die LQ von Menschen, deren Äußerungen der Fachpflege unverständlich erscheinen, ist. Der LQ-Index konnte dagegen bei allen Bewohnern der Stichprobe (n=209) erhoben werden und wurde durchschnittlich mit 5,0 Punkten (median 7,0, R= 0-10 P.) bewertet. Der LQ-Index ist in kommunikativ schwierigen Situationen gut anwendbar.

Die Ergebnisse unterstützen die Notwendigkeit der Entwicklung eines Auditinstruments zur Beurteilung der LQ, das insbesondere auch anwendbar ist für Bewohner in kommunikativ schwierigen Situationen.

### **9. Die Überprüfung der Gütekriterien zeigt, dass der LQ-Index ein praktikables, valides Audit-Instrument ist.**

Die Itemblockanalyse ergab hohe Korrelationswerte zweier zufällig gebildeter Fragenkomplexe: Fragenkomplex 1: KOR=0,853 (Pearson Korrelationskoeffizient) und Fragenkomplex 2: KOR=0,899 (Pearson Korrelationskoeffizient). Die Korrelation (Paralleltestung) der Ergebnisse der 18 validen SEIQoL-Interviews und der bei diesen Bewohnern erhobenen LQ-Index-Werte kann mit KOR=0,81 (Pearson-Korrelationskoeffizient) als sehr hoch eingeschätzt werden. 81 Bezugspflegepersonen (Rücklaufquote 55,3 %) und 8 PQT-Auditoren (Rücklaufquote 80 %) haben als Experten ihre Beurteilung der neuen Prüf-Items des LQ-Index abgegeben. Fehlender Rücklauf aufgrund von Ablehnung oder von Vorbehalten hinsichtlich des Einflusses einer negativen Expertenbewertung auf das Prüfergebnis des PQT könnten die Ergebnisse verzerrt haben. Die Verständlichkeit der Prüffragen, die Eignung zur fachlichen Reflexion des Pflegeprozesses hinsichtlich der Berücksichtigung der Lebensqualität, die Nützlichkeit der Hinweise in der Prüfanleitung und die vorgegebenen Antwortkategorien wurden von über 80 % der Experten positiv bewertet. Verstehensprobleme wurden aufgezeigt und Vorschläge für eine bessere Formulierung der Auditfragen unterbreitet. Die inhaltlichen Rückmeldungen zum teilstrukturierten Analyse- und Beobachtungsbogen fließen in die Prüfanleitung des LQ-Index direkt ein. Die Interrater-Reliabilität des LQ-Index-Entwurfs lag bei K= 0,63 (SD=0,27) bezogen auf 24 Doppelprüfungen. Dies zeigt, dass das Instrument hinsichtlich Verständlichkeit der Auditfragen und der Eindeutigkeit der Beurteilungskriterien der Prüfanleitung noch verbessert werden muss. Wichtige Hinweise liefert dabei die Expertenbewertung, deren strukturierte inhaltliche Auswertung bereits in das weiterentwickelte Instrument als Ergebnis der Forschungsarbeit eingeflossen ist. Es ist laut Prüfanleitung vorgesehen, die Interraterreliabilität bei mindestens jedem 10. Bewohner, der in den PQT und damit in den LQ-Index eingeschlossen ist, fortlaufend zu überprüfen.

Auch wenn weiterhin die Gütekriterien zu überprüfen sind, so ist der LQ-Index ein erster Ansatz, ein Auditinstrument zur Verfügung zu stellen, das den vielen „sprachlosen“ Heimbewohnern eine Stimme gibt für ihre Sicht der Dinge und ihre Wahrnehmung der Lebensqualität. Der LQ-Index unterstützt systematisch die Orientierung an den Vorlieben und Lebensentwürfen der Bewohner, statt an den Motiven und Zielen der Pflegenden und Gutachter.

## **Erklärung**

Ich erkläre hiermit, das ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe der Quelle gekennzeichnet.

Ich versichere, dass ich für die inhaltliche Erstellung der vorliegenden Arbeit nicht die entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- und Beratungsdiensten (Promotionsberater oder andere Personen) in Anspruch genommen habe. Niemand hat von mir unmittelbar oder mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen.

Die Arbeit wurde bisher weder im In- noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Es ist mir bekannt, das ich den Dokortitel nicht führen kann, bevor mir die Promotionsurkunde bzw. eine vorläufige Bescheinigung gemäß § 16 der Promotionsordnung ausgehändigt wurde.

Oberhaching, 04.06.2009

---