

Vorläufige Liste der möglichen Indikatoren für Ergebnisqualität (Arbeitsgrundlage)

Zweite Sitzung des Beirats zum Projekt „Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“

Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld

Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik, Köln

Dimension	Indikator	Instrument/ Operationalisierung	Literatur	Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	Bewertung/ Bemerkungen
Gesundheitszustand	1. Dekubitus	<p>Das Vorliegen eines Dekubitus kann (direkt) durch Inaugenscheinnahme beim Bewohner ermittelt werden. Viele Verfahren stützen sich allerdings auf die in der pflegerischen Dokumentation vorhandenen Daten und verzichten auf eine gesonderte Inaugenscheinnahme im Rahmen einer Qualitätsüberprüfung (z.B. kiesBeter 2007, NHS Scotland 2005). Einige Verfahren berücksichtigen nur Dekubitalgeschwüre 2. bis 4. Grades.</p> <p>Zum Teil werden auch die Endpunkte von Prozessen als Ergebnisindikatoren herangezogen. Damit soll beurteilt werden, ob die Pflege ihrem Aufgabengebiet entsprechend ihrer Verantwortung nachgekommen ist. Dann wird primär auf die pflegerische Dokumentation zurückgegriffen. Z.T. werden auch Bewohner/Angehörige zur Anleitung/Aufklärung durch Pflegekräfte befragt (z.B. DNQP 2004, kiesBeter 2007)</p>	<p>CMS – Centers of Medicare and Medicaid Services (Hg.) (2008): MDS Quality Measure/Indicator Report July/September 2008.</p> <p>DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg.) (2004): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Entwicklung - Konsentierung – Implementierung. Osnabrück: DNQP</p> <p>ESQH – European Society for Quality in Healthcare (2007): Catalogue of Patient Safety Indicators. Safety Improvement for Patients in Europe. Aarhus: The ESQH-office for Quality Indicators Central Jutland Region</p> <p>JCAHO – Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (Hg.) (2008): National Patient Safety Goals 2008 Long Term Care. URL:</p> <p>kiesBeter (Hg.) (2007): Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg.</p> <p>NHS Scotland (Hg.) (2005): The impact of nursing on patient clinical outcomes. Developing quality indicators to improve care. NHS Quality Improvement Scotland</p> <p>NQF – Nationals Quality Forum (Hg.) (2004): National Voluntary Consensus Standards for Nursing-Sensitive Care: An Initial Performance Measure Set. Washington: National Quality Forum</p>	<p>Die Verantwortung für die Planung und Durchführung einer Dekubitusprophylaxe wird primär der Pflege zugeschrieben. Dies gilt insbesondere für die stationäre Versorgung. Als zentrale Aufgaben gelten dabei die systematische Risikoerfassung- und Einschätzung sowie die Planung, Durchführung und Evaluation risikobezogener Prophylaxemaßnahmen (z.B. ESQH 2007, DNQP 2004, NQF 2004, kiesBeter 2007, NHS-Scotland 2005). Allerdings wird auch darauf hingewiesen, dass die Entstehung eines Dekubitus nicht in allen Fällen durch pflegerische Interventionen zu verhindern ist (DNQP 2004).</p> <p>Das individuelle Dekubitusrisiko ist in hohem Maße vom Vorliegen bestimmter Funktionseinschränkungen oder krankheitsbedingter Symptome abhängig. Dieser Tatsache wird auf unterschiedliche Weise Rechnung getragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hinsichtlich der Prävalenz von Dekubitalgeschwüren wird zwischen Bewohnern/Patienten mit hohem und geringem Risiko unterschieden (z.B. CMS 2008). • Personengruppen mit bestimmten Funktionseinschränkungen und/oder bestimmten Erkrankungen werden nicht in die Beurteilung einbezogen (z.B. ESQH 2007, NQF 2004). 	<p>Ein Dekubitalgeschwür wird immer als unerwünschtes Ergebnis (adverse event) betrachtet.</p> <p>Einen Maßstab in Form einer als akzeptabel/inakzeptabel angesehenen Prävalenz oder Inzidenz von Dekubitalgeschwüren gibt es nicht. Um die Versorgungsqualität in einer Einrichtung einordnen zu können, werden z.T. Vergleichs/Durchschnittswerte vergleichbarer Einrichtungen auf nationaler oder regionaler Ebene herangezogen (z.B. kiesBeter 2007, CMS 2008). Es kann also abgelesen werden, ob eine Einrichtung „besser“ oder „schlechter“ als andere ist, nicht jedoch ob ihr Ergebnis objektiv „gut“ oder „schlecht“ ist.</p>

Dimension	Indikator	Instrument/ Operationalisierung	Literatur	Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	Bewertung/ Bemerkungen
	2. Ernährungs- zustand	<p>Der Indikator ist gut erfassbar. Zum Einen wird das Gewicht der Betroffenen ermittelt (oft dokumentiert über einen benannten Zeitraum). Zum Anderen werden Kennwerte (z.B. BMI) herangezogen, um den Ernährungszustand zu beurteilen. Außerdem wird in einigen Systemen die Menge der täglich aufgenommenen Flüssigkeit als Indikator herangezogen (Sozialholding Mönchengladbach). Einige Systeme werten auch die dokumentierte Durchführung einzelner pflegerischer Aufgaben im Rahmen des Ernährungsmanagements als Ergebnisindikator und stützen sich dabei auf Standards oder nationale Vorgaben, aus denen diese abgeleitet werden. Messmethoden sind:</p> <p>Erfassung des Gewichtes über einen definierten Zeitraum (ab 1 Monat bis 6 Monate) und Registrierung eines Gewichtsverlustes.</p> <p>Ernährungsstatus (z.B. BMI) an einem Stichtag</p> <p>Angemessenheit der dokumentierten Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr</p> <p>Klinische Zeichen von Mangelernährung und/oder Dehydratation</p>	<p>Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2008): Arbeitstexte zur 7. Konsensus-Konferenz in der Pflege. Thema: Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege. Osnabrück: DNQP</p> <p>Health Information and Quality Authority (2009): National Quality Standards for Residential Care Settings for Older People in Ireland. Dublin: Health Information and Quality Authority</p> <p>Steering Committee Responsible Care (2008): Quality Framework Responsible Care. Rijswijk: Steering Committee Responsible Care</p> <p>The Aged Care Branch of the Department of Human Services (Victoria) (2004): Public Sector Residential Aged Care Quality of Care Performance Indicator Project Report. Bundoora: The Aged Care Branch of the Department of Human Services</p> <p>U.S. Dept. of Health & Human Services and Centers for Medicare & Medicaid Services (2004): National Nursing Home Quality Measures - Users Manual. Cambridge, MA: Abt Associates Inc.</p> <p>Unruh, L./Wan, T.T. (2004): A systems framework for evaluating nursing care quality in nursing homes. J Med Syst 28, Nr. 2, 197-214</p>	<p>Die Sicherstellung und das Management der Ernährung von Bewohnern stationärer Einrichtungen werden in der Literatur klar als pflegerische Aufgabe benannt (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) 2008; Health Information and Quality Authority 2009; The Aged Care Branch of the Department of Human Services (Victoria) 2004). Dennoch wird konstatiert, dass es trotz adäquater pflegerischer Interventionen bei einzelnen Bewohnergruppen nicht immer möglich ist, einen guten Ernährungszustand zu gewährleisten. Auch ethische Erwägungen werden als Grund für die Nichtdurchführung einzelner Interventionen herangezogen (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) 2008; Steering Committee Responsible Care 2008). Für Bewohner, die erst seit kurzer Zeit in einer Einrichtung versorgt werden, wird der Einfluss der Pflege als zu klein angesehen, um den Ernährungszustand als Ergebnisindikator zu verwenden (U.S. Dept. of Health & Human Services and Centers for Medicare & Medicaid Services 2004).</p>	<p>Es geht bei der Erfassung des Ernährungszustandes um die Vermeidung unerwünschter Pflegeergebnisse (Mangelernährung, Dehydratation, selten auch um unerwünschte Gewichtszunahme)</p> <p>Einige Systeme legen Grenzwerte fest bei deren Überschreiten von einem unerwünschten Pflegeergebnis ausgegangen wird (z.B. Gewichtsverlust in % über einen festgelegten Zeitraum, Gewichtsverlust in kg über einen festgelegten Zeitraum). Derartig präzise Vorgaben finden sich nicht immer, z.T. wird von „angemessenem Ernährungszustand“ oder ungeplantem Gewichtsverlust“ gesprochen (Unruh/Wan 2004). Eine Risikoadjustierung erfolgt durch den Ausschluss bestimmter Bewohnergruppen mit hohem, nur bedingt durch die Pflege zu beeinflussendem Risiko einer Mangelernährung.</p>

Dimension	Indikator	Instrument/ Operationalisierung	Literatur	Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	Bewertung/ Bemerkungen
	3. Harnkontinenz	<p>Ob eine Inkontinenz vorliegt und wie ausgeprägt diese ist, kann durch Sichtung der Pflegedokumentation festgestellt werden. Gleiches gilt für das individuell durchgeführte Kontinenzmanagement und die Nutzung von Blasenkathetern. Die Einschätzung, ob ein angemessenes Kontinenzmanagement betrieben wird muss individuell unter Abwägung der Risikofaktoren erfolgen. Dabei werden häufig auch Vorgaben von Akkreditierungssystemen/Standards mit berücksichtigt.</p> <p>Methodische Zugänge sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prävalenz von Harninkontinenz am Stichtag • Inzidenz neu aufgetretener Inkontinenz in einem definierten Zeitraum • Anteil von Bewohnern mit liegendem / neu gelegtem Blasenverweilkatheter • Anteil inkontinenter Bewohner, bei denen ein Kontinenzplan vorliegt • Anteil inkontinenter Bewohner, bei denen die Ursache der Inkontinenz durch Spezialisten (Arzt, spezialisierte Pflegekraft) ermittelt wurde • Bewohner mit niedrigem (geschätztem) Risiko, die Fähigkeit zur Blasen- oder Darmkontrolle verloren zu haben 	<p>Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2006): Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege. Os-nabrück: DNQP</p> <p>Steering Committee Responsible Care (2008): Quality Framework Responsible Care. Rijswijk: Steering Committee Responsible Care</p> <p>The Aged Care Branch of the Department of Human Services (Victoria) (2004): Public Sector Residential Aged Care Quality of Care Performance Indicator Project Report. Bundoora: The Aged Care Branch of the Department of Human Services</p> <p>U.S. Dept. of Health & Human Services and Centers for Medicare & Medicaid Services (2004): National Nursing Home Quality Measures - Users Manual. Cambridge, MA: Abt Associates Inc.</p>	<p>Das Management von Kontinenzproblemen der Bewohner stationärer Einrichtungen wird in der Literatur als pflegerische Aufgabe beschrieben. Es gibt international und auch national Standards und/oder Akkreditierungskriterien, die die Aufgaben der Pflege/der Einrichtungen für diesen Bereich abstecken. Das Augenmerk liegt dabei allerdings primär auf der Sicherstellung eines angemessenen Kontinenzmanagements /einer angemessenen Kontinenzförderung. Daher wird die Prävalenz/Inzidenz von Inkontinenz nur selten als Indikator für Ergebnisqualität herangezogen, sondern eher im Sinne eines Warnsignals (bei hohen Werten) betrachtet, dem nachgegangen werden sollte. (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) 2006; The Aged Care Branch of the Department of Human Services (Victoria) 2004) Hilfsweise wird z.T auch die Zahl der Bewohner mit liegendem oder neu gelegtem Blasenverweilkatheter gemessen, da dessen Vermeidung als pflegerisches Ziel betrachtet wird (Steering Committee Responsible Care 2008). Problematisch dabei ist, dass die Notwendigkeit einer solchen Intervention nur individuell eingeschätzt werden kann.</p>	<p>Inkontinenz wird z.T als unerwünschtes Pflegeergebnis betrachtet. Allerdings wird konstatiert, dass sie durch pflegerische Maßnahmen nur eingeschränkt vermeidbar ist. Im Mittelpunkt der Betrachtungen steht demzufolge ein angemessenes Kontinenzmanagement, dass das Ziel verfolgt, eine bestehende Inkontinenz zu vermeiden oder Neben- und Folgewirkungen zu minimieren (z.B. Hautprobleme, Einschränkungen in der Lebensführung).</p> <p>Quantifizierbare Bewertungsmaßstäbe gibt es kaum bzw. sie ermöglichen keine Bewertung der Versorgungsqualität. In der Literatur werden diese Indikatoren vor allem als mögliche „Red Flags“ diskutiert, d.h. bei einem gehäuften Auftreten von Inkontinenz sollten Einrichtungen intern nach Ursachen suchen und ggf. ihr Kontinenzmanagement anpassen.</p>

Dimension	Indikator	Instrument/ Operationalisierung	Literatur	Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	Bewertung/ Bemerkungen
Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	4. Depression	<p>Der Indikator kann nur indirekt erfasst werden, indem verschiedene Symptome abgefragt werden, bei deren Vorliegen wiederum auf eine mögliche Depression oder auf ein erhöhtes Risiko für eine Depression geschlossen werden kann.</p> <p>Mögliche Instrumente: Geriatric Depression Scale, Beck Depression Inventory, MDS-Depression Rating Scale</p> <p>Mögliche Operationalisierungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Prävalenz von Symptomen einer Depression – Prävalenz von Symptomen einer Depression ohne Behandlung – Inzidenz einer sich verschlechternden Depression 	<p>Brown, E. (2003): Depression is more than just an OASIS Item. Home Healthcare Nurse 21, Nr. 9, 636</p> <p>Burrows, A.B. / Morris, N. / Simon, S.E. / Hirdes, J.P. / Philipps, C.D. (2000): Development of a Minimum Data Set-based depression rating scale for use in nursing homes. Age and Ageing 29, 165-172</p> <p>Charbonneau, A. / Rosen, A.K. / Owen, R.R. et al. (2004): Monitoring Depression Care. In search of an accurate quality indicator. Medical Care 42, Nr. 6, 522-531</p> <p>Nakajima, G.A./Wenger, N.S. (2007): Quality indicators for the care of depression in vulnerable elders. Journal of the American Geriatrics Society 55, Nr. Supplement 2, 302-311</p>	<p>Ja. Das Pflegepersonal kann einen wichtigen Beitrag dazu leisten, dass eine Depression erkannt wird, indem sie wichtige Informationen sammelt und bestimmte Anzeichen sowie Symptome beobachten kann (Burrows et al. 2000). Dies ist von besonderer Bedeutung, da man davon ausgehen kann, dass bei vielen älteren Menschen die Krankheit nicht erkannt und somit auch nicht ausreichend behandelt wird (Charbonneau et al. 2004). Des Weiteren kann das Leben in einem Pflegeheim einen Risikofaktor für Depression darstellen (Nakajima / Wenger 2007).</p>	<p>Eine unerkannte Depression ist ein unerwünschtes Ergebnis, da die Erkrankung Stress und Leiden für die Bewohner mit sich bringt und zu Einschränkungen im körperlichen, psychischen und sozialen Bereich führen kann. Eine nicht behandelte Depression ist ebenfalls ein unerwünschtes Ergebnis, weil sie u.a. eine Selbst-Vernachlässigung verstärken oder auch Verhaltensauffälligkeiten fördern kann (Brown 2003).</p> <p>Die Erfassung des Indikators Depression im Rahmen einer externen Qualitätsprüfung stellt sich als schwierig dar. Der Indikator ist nur schwer durch einen externen Prüfer zu bewerten und nur indirekt zu erfassen. Zudem existieren bislang auch nur wenige reliable und sensitive Instrumente oder Skalen, die zur Erfassung der Pflegequalität im Bereich Depression genutzt werden können.</p>

Dimension	Indikator	Instrument/ Operationalisierung	Literatur	Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	Bewertung/ Bemerkungen
	5. Angst	<p>Der Indikator wird indirekt erfasst, in dem verschiedene Symptomatiken abfragt werden. Anzeichen für Ängste können Zittern, Schlafstörungen, Mangenschmerzen o.ä. sein.</p> <p>Mögliche Operationalisierung:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Anteil der Personen, die einen Score von 2 oder höher in dem Bereich Angst in dem Revised Clinical Interview Schedule aufweisen (ein Score von 2 oder höher weist auf moderate bis schwere Symptome, die in der vorhergegangenen Woche erlebt wurden, hin) – Anteil der Personen, bei denen depressive oder Angstsymptome zugenommen haben (U.S. Dept. of Health & Human Services and Centers for Medicare & Medicaid Services 2004) 	<p>Centers for Medicare & Medicaid Services (2004): Quality measures for long-stay residents. Verfügbar unter: http://www.cms.hhs.gov/NursingHomeQualityInits/downloads/NHQINHCconsumerlang.pdf (27.04.2009)</p> <p>NHS Health Scotland (2007): National adult mental health and well-being indicators for scotland. Final briefing december 2007. Verfügbar unter: http://www.healthscotland.com/uploads/documents/6011mhi_brief_2702_22008.pdf (29.01.2009)</p> <p>U.S. Dept. of Health & Human Services and Centers for Medicare & Medicaid Services (2004): National Nursing Home Quality Measures - Users Manual. Cambridge, MA: Abt Associates Inc.</p>	<p>Bewohner in Pflegeheimen stehen unter einem erhöhten Risiko Ängste zu entwickeln; u.a. aufgrund des Verlusts von Familienangehörigen oder Freunden, chronischen Erkrankungen und Schmerzen oder Frustration.</p> <p>Die Pflege kann einen Beitrag zur Identifizierung von Symptomen leisten. Jedoch wird dieses dadurch erschwert, dass sich manche Anzeichen mit dem normalen Alterungsprozesses oder auch mit Nebenwirkungen von Medikamenten überlagern können. Aufgabe der Pflege kann es dann sein, bei Vorliegen derartiger Symptome eine angemessene Behandlung und soziale Unterstützung anzuregen (Centers for Medicare & Medicaid Services 2004).</p>	<p>Der Indikator Angst wird eher selten zur Messung von Ergebnisqualität in Pflegeheimen herangezogen, wenn wird er zumeist in Kombination mit dem Indikator Depression erhoben.</p> <p>Angst ist ein unerwünschtes Ergebnis, da sie eine Verminderung der Lebensqualität, des Wohlbefindens sowie eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes zur Folge haben kann (Centers for Medicare & Medicaid Services 2004).</p>

Dimension	Indikator	Instrument/ Operationalisierung	Literatur	Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	Bewertung/ Bemerkungen
	6. Herausforderndes Verhalten	<p>Mögliche Operationalisierungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Prävalenz von Verhaltensauffälligkeiten gegenüber anderen (Unruh/Wan 2004) – Inzidenz eines sich verschlechternden Bewohnerverhaltens (Minnesota Department of Human Services 2007) – Rate körperlicher/sexueller Übergriffe (Montalvo 2007). <p>Mögliches Messverfahren: MDS Index für Verhaltensauffälligkeiten (4 Items: verbal ausfällig, körperlich ausfällig, sozial unangemessenes / störendes Verhalten und Weigerung gegen Unterstützung bei den ADL'S). Die Items wurden genutzt, um eine 4-Item-Skala zu entwerfen von 1-4, wobei höhere Scores ein Indikator für mehr Verhaltensprobleme sind (Castle 2006).</p> <p>Eine andere Herangehensweise ist eine Messung von Endpunkten von Prozessen. Mögliche Outcome wären bspw.: Mit den Bedürfnissen der Bewohner mit herausforderndem Verhalten wird effektiv umgegangen. Oder: Nach Situationen mit Verhaltensauffälligkeiten werden Interventionen eingeleitet.</p>	<p>Castle, N.G. (2006): Mental health outcomes and physical restraint use in nursing homes. <i>Administration and Policy in Mental Health</i> 33, Nr. 6, 696-704</p> <p>Commonwealth of Australia (2006): Developing resident-centered quality indicators in residential aged care. Barton: Commonwealth of Australia</p> <p>Davis, L.L./Burgio, L.D. (1999): Planning cognitive-behavioral management programs for long-term care. <i>Issues in Mental Health Nursing</i> 20, Nr. 6, 587-601</p> <p>Fitzwater, E.L./Gates, D.M. (2002): Testing an intervention to reduce assaults on nursing assistants in nursing homes: a pilot study. <i>Geriatric Nursing</i> 23, Nr. 1, 18-23</p> <p>Montalvo, I. (2007): The National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI). <i>The Online Journal of Issues in Nursing</i> 12, Nr. 3, Manuscript 2</p> <p>Porell, F./Caro, F.G./Silva, A./Monane, M. (1998): A longitudinal analysis of nursing home outcomes. <i>Health Services Research</i> 33, Nr. 4 Pt 1, 835-865</p> <p>Reimer, M.A. / Slaughter, S. / Donaldson, C. / Currie, G. / Eliasziw, M. (2004): Special care facility compared with traditional environments for dementia care: a longitudinal study of quality of life. <i>Journal of the American Geriatric Society</i> 52, Nr. 7, 1085-1092</p> <p>Steering Committee Responsible Care (2007): Quality framework responsible care. Verfügbar unter: http://www.zichtbarezorg.nl/html/VWS/document_download.cfm?doc (25.03.2009)</p> <p>Unruh, L./Wan, T.T. (2004): A systems framework for evaluating nursing care quality in nursing homes. <i>J Med Syst</i> 28, Nr. 2, 197-214</p>	<p>Es existieren Belege dafür, dass herausforderndes Verhalten eine Reaktion auf störende Faktoren bzw. beunruhigende Situationen wie z.B. freiheitsbeschränkende Maßnahmen, Langeweile und Frustration, strukturelle Gegebenheiten oder krankheitsbezogene Zustände wie Schmerz oder Delirium ist (Commonwealth of Australia 2006).</p> <p>Die Einrichtung bzw. die Pflege kann das Auftreten herausfordernden Verhaltens insofern beeinflussen, indem Abhilfemaßnahmen geschaffen und Interventionen eingeleitet werden. Interventionen können z.B. Bewegungsförderung und Soziale Interaktion (Davis / Burgio 1999) sein. Die Einrichtung kann Einfluss nehmen, einerseits durch Schulungen der Mitarbeiter im Umgang mit verhaltensauffälligen Bewohnern (u.a. Fitzwater/Gates 2002), andererseits aber auch durch strukturelle Veränderungen wie z.B. spezielle Wohnbereiche (u.a. Reimer et al. 2004).</p>	<p>Herausforderndes Verhalten umfasst zumeist folgende Aspekte: körperliche Gewalt gegenüber Mitarbeitern und anderen Bewohnern, verbal ausfalliges Verhalten gegenüber Mitarbeitern und anderen Bewohnern, Wandering, Selbstverletzung, unsoziales / störendes Verhalten und Widerstand gegen die Versorgung (Commonwealth of Australia 2006). Um als herausforderndes Verhalten klassifiziert zu werden, muss es auf andere Personen, d.h. Personal oder andere Bewohner, störend wirken oder diese Personen unter ein Risiko stellen, z.B. verletzt zu werden, und Interventionen des Personals erforderlich machen (Porell et al. 1998).</p> <p>Als Grundlage für die Datenerhebung ist eine ausführliche und korrekte Dokumentation Voraussetzung. Es ist jedoch davon auszugehen, dass nicht jede Verhaltensauffälligkeit dokumentiert wird und die Einstufung als problematisches Verhalten subjektiv sehr stark variieren kann. Andere Datenquellen könnten Unfallanzeigen sein, hier trifft aber wieder das gleiche Problem zu wie bei der Dokumentation.</p>

Dimension	Indikator	Instrument/ Operationalisierung	Literatur	Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	Bewertung/ Bemerkungen
	7. Freiheitsbeschränkende Maßnahmen	<p>Mögliche Operationalisierungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Prävalenz freiheitsbeschränkender Maßnahmen an einem Tag oder über einen bestimmten Zeitraum – Dauer freiheitsbeschränkender Maßnahmen <p>Messverfahren sind teilweise vorhanden. So existiert in dem RAI 3.0 ein Bereich freiheitsbeschränkende Maßnahmen (Section P) (RAND Health 2008). Daneben gibt es jedoch kaum adäquate Messverfahren</p>	<p>Castle, N.G. (2006): Mental health outcomes and physical restraint use in nursing homes. Administration and Policy in Mental Health 33, Nr. 6, 696-704</p> <p>Laurin, D./Voyer, P./Verreault, R./Durand, P.J. (2004): Physical restraint use among nursing home residents: A comparison of two data collection methods. BMC Nursing 3, Nr. 5, 1-7</p> <p>Wallrafen-Dreisow, H./Weigel, R. (2007): Der Qualitätsbericht. Transparenz schafft Vertrauen. Hannover: Vincentz</p> <p>Whitman, G.R. / Kim, Y. / Davidson, L.J. / Wolf, G.A. / Wang, S.L. (2002): Measuring nurse-sensitive patient outcomes across specialty units. Outcomes Manag 6, Nr. 4, 152-158; quiz 159-160</p>	<p>Man kann von einer prinzipiellen Beeinflussbarkeit durch die Pflege ausgehen (Wallrafen-Dreisow / Weigel 2007).</p>	<p>Es gibt kaum adäquate Messverfahren. Zumeist wird auf Beobachtungen, Interviews mit Pflegekräften oder Bewohner und die Pflegedokumentation zurückgegriffen (Laurin et al. 2004), obwohl bei letzterem in Frage gestellt werden kann, ob alle Fixierungsmaßnahmen dokumentiert werden (Whitman et al. 2002).</p> <p>Die Bewertung des Indikators ist schwierig. Derartige Maßnahmen werden häufig gerichtlich angeordnet. Eine Reduzierung der Zahl der Fixierungen ist grundsätzlich wünschenswert (Wallrafen-Dreisow / Weigel 2007). Dies ist dadurch begründet, dass in der Literatur keine Evidenz über die Nützlichkeit von Fixierungen besteht und keine Vorteile derartiger Maßnahmen identifiziert wurden. Freiheitsbeschränkende Maßnahmen sind mit negativen Folgen für die Bewohner assoziiert, z.B. kognitive Verschlechterungen, soziale Isolation (Castle 2006).</p>

Dimension	Indikator	Instrument/ Operationalisierung	Literatur	Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	Bewertung/ Bemerkungen
	8. Inadäquater Psychopharmakaeinsatz	<p>Voraussetzung für die Erfassung ist die lückenlose Dokumentation der Medikation und der diagnostizierten Erkrankungen eines Bewohners. Ergänzend werden z.T. diagnostische Verfahren eingesetzt, die das Vorliegen bzw. den Schweregrad einer psychischen Erkrankung ermitteln sollen (z.B. Depressionskalen (Steering Committee Responsible Care 2008))</p> <p>Es werden sowohl Punkt- als auch Periodenprävalenzen (z.B. in den letzten 7 Tagen, im letzten Quartal) erhoben. Dies wird u.a. mitbestimmt durch die Art der Datenerhebung und -Auswertung, die z.B. in den USA automatisch quartalsweise erfolgt, in anderen Ländern unregelmäßig im Rahmen von Qualitätsüberprüfungen vorgenommen wird. Auch der Differenzierungsgrad der erhobenen Daten unterscheidet sich: Z.T. wird gezielt nach der Einnahme einzelner Präparategruppen (Anxolytika, Hypnotika, Antipsychotika, Antidepressiva) gefragt (Steering Committee Responsible Care 2008), in anderen Systemen wird grundsätzlich nach der „Anwendung überflüssiger Medikamente“ gefragt. Es werden teils sogar Dosierungen mit erhoben, um Abweichungen von bestehenden Behandlungsleitlinien zu identifizieren (Unruh/Wan 2004).</p>	<p>Department of Health and Ageing (Hg.) (2007): A literature review and description of the regulatory framework : to support the project for the evaluation of the impact of accreditation on the delivery of quality of care and quality of life to residents in Australian Government subsidised residential aged care homes Canberra: Department of Health and Ageing</p> <p>Hach, I./Rentsch, A./Krappweis, J./Kirch, W. (2004): [Psychopharmaceutical prescriptions to older people. A comparison between patients in aged- and nursing homes, outpatient treatment with nursing care and outpatients without nursing care]. Z Gerontol Geriatr 37, Nr. 3, 214-220</p> <p>Oborne, C.A./Hooper, R./Cameron, G.S./Jackson, S.H.D. (2003): Explicit, evidence-based criteria to assess the quality of prescribing to elderly nursing home residents. Age and Ageing 32, Nr. 1, 102-108</p> <p>Steering Committee Responsible Care (2008): Quality Framework Responsible Care. Rijswijk: Steering Committee Responsible Care</p> <p>Unruh, L./Wan, T.T. (2004): A systems framework for evaluating nursing care quality in nursing homes. J Med Syst 28, Nr. 2, 197-214</p> <p>Zermansky, A.G./Alldred, D.S./Petty, D.R./Raynor, D.K./Freemantle, N./Eastaugh, J./Bowie, P. (2006): Clinical medication review by a pharmacist of elderly people living in care homes--randomised controlled trial. Age and Ageing 35, Nr. 6, 586-51</p>	<p>Der inadäquate Einsatz antipsychotischer Medikamente gilt als Qualitätsproblem, insbesondere in der stationären Langzeitversorgung (Hach et al. 2004; Osborne et al. 2003; Zermansky et al. 2006). Die Zuständigkeit für die Verordnung von Medikamenten wird i.d.R. den Ärzten zugeschrieben. Allerdings ist es zumeist Aufgabe der Pflege, die Umsetzung des Medikamentenregimes zu koordinieren und zu überwachen. Dies bedeutet auch, dass beim Verdacht inadäquater Pharmakotherapie (z.B. bei unerwünschten Nebenwirkungen / Nichterreichung der Therapieziele) die Mediziner entsprechende Hinweise erhalten, eine Anpassung der Medikation also durch die Pflege initiiert wird.</p> <p>Ein geringer Anteil von Bewohnern, die Psychopharmaka erhalten, gilt zudem als indirekter Hinweis auf eine hohe pflegerische Versorgungsqualität (z.B. durch funktionierende Verfahren zum Medikationsmonitoring, hohe Personalqualifikation, Etablierung zielgruppenbezogener Pflegekonzepte) (Department of Health and Ageing 2007).</p>	<p>Die grundsätzliche Überlegung, die zur Nutzung des Indikators „Gebrauch von Psychopharmaka“ führt, ist die, nach der Angemessenheit der jeweiligen Medikation. Allerdings werden dabei zwei unterschiedliche Fragen verfolgt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erhalten Bewohner unter Umständen Psychopharmaka, deren Einsatz nicht durch eine entsprechende Diagnose gerechtfertigt scheint? • Erhalten Bewohner mit psychischen Erkrankungen trotz gestellter Diagnose (und bestehenden Symptomen) keine adäquate medikamentöse Therapie? <p>Ein einheitlicher Bewertungsmaßstab findet sich nicht. Beim Verdacht einer inadäquaten Medikation muss letztlich im Einzelfall überprüft werden, ob dies tatsächlich so ist. Auch der Anteil von Bewohnern, die Psychopharmaka erhalten, ermöglicht für sich genommen keine Aussage zur Qualität der Versorgung, da er in hohem Maße abhängig ist von der jeweiligen Klientel einer Einrichtung. Hohe Quoten sollten allerdings im Sinne von „Red Flags“ als Anlass zur Überprüfung des Medikamentenmanagements genutzt werden (Department of Health and Ageing 2007).</p>

Dimension	Indikator	Instrument/ Operationalisierung	Literatur	Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	Bewertung/ Bemerkungen
Bewohnersicherheit	9. Stürze / Frakturen	<p>Es werden Sturzinzidenz über einen definierten Zeitraum oder Inzidenz von Stürzen mit Frakturfolge erhoben.</p> <p>Um anhand der Daten Hinweise zur Versorgungsqualität zu gewinnen, wird i.d.R. die einrichtungsbezogene Entwicklung des Sturzgeschehens im Zeitverlauf betrachtet.</p> <p>Stürze und Folgen können, falls dokumentiert, gut erfasst werden. Es wird davon ausgegangen, dass Einrichtungen Stürze und deren Folgen systematisch erfassen und somit diese Daten zur Verfügung stehen. Problematisch könnte sein, dass eine starke Abhängigkeit zwischen Qualität der Sturzdokumentation und Zahl der erfassten Stürze besteht, die Einrichtungen mit „guter“ Dokumentation also u.U. benachteiligt werden. Zudem ist ohnehin davon auszugehen, dass nicht alle Stürze beobachtet und somit erfasst werden (können).</p> <p>Als Maß dafür, ob eine Einrichtung ihrer Verantwortung gerecht geworden ist, werden dokumentierte Risikoeinschätzung, Maßnahmenplan, Durchführungsnachweise und z.T. Aufklärungsgrad der Betroffenen herangezogen.</p>	<p>Chang, J.T./Morton, S.C./Rubenstein, L.Z./Mojica, W.A./Maglione, M./Suttrop, M.J./Roth, E.A./Shekelle, P.G. (2004): Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. <i>BMJ</i> 328, Nr. 7441, 680</p> <p>Department of Health and Ageing (Hg.) (2007): A literature review and description of the regulatory framework : to support the project for the evaluation of the impact of accreditation on the delivery of quality of care and quality of life to residents in Australian Government subsidised residential aged care homes Canberra: Department of Health and Ageing</p> <p>Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2006): Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. Osnabrück: DNQP</p> <p>Jensen, J./Lundin-Olsson, L./Nyberg, L./Gustafson, Y. (2002): Fall and injury prevention in older people living in residential care facilities. A cluster randomized trial. <i>Ann Intern Med</i> 136, Nr. 10, 733-741</p> <p>Moty, C./Barberger-Gateau, P./De Sarasqueta, A./Teare, G./Henrard, J. (2003): Risk adjustment of quality indicators in French long term care facilities for elderly people. A preliminary study. <i>Epidemiology and Public Health</i> 52, Nr. 3, 327-338</p> <p>National Quality Forum (2004): National voluntary consensus standards for nursing-sensitive care: an initial performance measure set.</p> <p>Tinetti, M.E.et al. (1994): A multifactorial intervention to reduce the risk of falling among elderly people living in the community. <i>N Engl J Med</i> 331, Nr. 13, 821-827</p>	<p>Sturzrisikoeinschätzung sowie Sturz- und Folgenprävention werden unbestritten als pflegerische Aufgabe angesehen. Forschungsergebnisse zeigen, dass sich mit Hilfe pflegerischer Interventionen das Sturzrisiko senken lässt, Stürze aber keineswegs völlig vermieden werden können (Chang et al. 2004; Jensen et al. 2002; Tinetti et al. 1994). Für die Reduzierung von Frakturen als Sturzfolge gibt es diesbezüglich wenig Evidenz. Der Grad der Beeinflussbarkeit dürfte sich auch in Abhängigkeit der Zuständigkeit für die Organisation/Durchführung einzelner Maßnahmen durch verschiedene Berufsgruppen unterscheiden. In der stationären Langzeitversorgung wird die Verantwortung für Risikoeinschätzung und Maßnahmenplanung allerdings eindeutig der Pflege zugewiesen (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) 2006).</p>	<p>Der Indikator wird quer durch alle Versorgungsbereiche (Krankenhausversorgung, Langzeitversorgung, Home Care) genutzt (Department of Health and Ageing 2007; National Quality Forum 2004). Ein Sturz stellt immer ein unerwünschtes Ereignis dar. Dies gilt umso mehr, wenn aus dem Sturz gravierende Folgen resultieren, z.B. Frakturen. Im Gegensatz dazu wird eine Sturzrisikoeinschätzung mit daraus abgeleiteter Sturz- und Folgenprävention als erwünschtes Ergebnis betrachtet (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) 2006).</p> <p>Ein einheitlicher Bewertungsmaßstab existiert nicht. Es gibt keine Festlegungen dazu, ob eine bestimmte Sturzhäufigkeit oder ein bestimmter Anteil an sturzbedingten Frakturen als gutes/schlechtes Ergebnis betrachtet werden kann. Einrichtungsbezogen geben vor allem Veränderungen im Zeitverlauf Auskunft über Verbesserungen des Sturzmanagements.</p> <p>Auf die Notwendigkeit einer Risikoadjustierung, vor allem wenn aufgrund der Daten Einrichtungen verglichen werden sollen, wird hingewiesen. Allerdings scheint es in der Praxis kein funktionierendes Modell zu geben (Moty et al. 2003). Dies gilt sowohl für den Indikator Sturzhäufigkeit als auch für die Kombination Sturzhäufigkeit/resultierende Frakturen.</p>

Dimension	Indikator	Instrument/ Operationalisierung	Literatur	Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	Bewertung/ Bemerkungen
	10. Medikationsfehler	<p>Konkrete Messverfahren gibt es nicht. Beispiele für mögliche Operationalisierungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Anteil der Klienten, die in den letzten 30 Tagen in einen Medikationsfehler involviert waren (Steering Committee Responsible Care 2008) – Anzahl der berichteten Medikationsfehler / Anzahl der ausgeteilten Dosen (Whitman et al. 2002) – Anzahl patientenbezogener Todesfälle, Lähmung, Koma oder anderer dauerhafter Funktionsverluste, sie mit einem Medikationsfehler assoziiert sind (ESQH 2007) 	<p>ESQH (2007): Establishing a set of Patient Safety Indicators. Safety Improvement for Patients in Europe. SimPatIE - Work Package 4. Verfügbar unter: http://www.hope.be/03activities/docsactivities/SIMPATIE_Patient_safety_establishing_indicators.pdf (27.01.2009)</p> <p>Millar, J./Mattke, S./Members of the OECD Patient Safety Panel (2004): Selecting indicators for patient safety at the health systems level in OECD countries. OECD Health Technical Papers. No. 18. Paris: OECD</p> <p>Steering Committee Responsible Care (2008): Quality Framework Responsible Care. Rijswijk: Steering Committee Responsible Care</p> <p>White, P./McGillis Hall, L. (2003): Patient Safety Outcomes. In: Doran, D.M. (Hg.): Nursing Sensitive Outcomes - State of the Science. Missis-sauga: Jones and Bartlett Publishers, 211-242</p> <p>Whitman, G.R. / Kim, Y. / Davidson, L.J. / Wolf, G.A. / Wang, S.L. (2002): Measuring nurse-sensitive patient outcomes across specialty units. Outcomes Manag 6, Nr. 4, 152-158; quiz 159-160</p>	<p>In Pflegeheimen ist die Austeilung und Verabreichung von Medikamenten primär Aufgabe des Pflegepersonals, daher können Medikationsfehler mit der Qualität der pflegerischen Arbeit in Verbindung stehen. Pflegekräfte sind verantwortlich dafür, dass die richtige Dosis des verschriebenen Medikaments auf dem richtigen Weg dem richtigen Patienten verabreicht wird (White/McGillis Hall 2003).</p>	<p>Ein Medikationsfehler ist ein unerwünschtes Ergebnis. Obwohl viele Medikationsfehler unentdeckt bleiben und nur geringe oder keine Konsequenzen haben, können sie negativ die Morbidität und Mortalität der Patienten beeinflussen (Millar et al. 2004).</p> <p>Medikationsfehler sollten in der Dokumentation vermerkt werden. Problematisch ist dabei jedoch, dass nur Teil der Medikationsfehler dokumentiert wird, schätzungsweise nur 60%. Vermutlich werden vornehmlich die Vorfälle dokumentiert, die für den Patienten Folgen haben (White/McGillis Hall 2003).</p>

Dimension	Indikator	Instrument/ Operationalisierung	Literatur	Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	Bewertung/ Bemerkungen
	11. Kontrakturen	<p>Die Erfassung des Indikators ist durch Beobachtungen der Bewohner, Befragungen der Bewohner sowie der Pflegekräfte und mit Einsicht in die Dokumentation möglich.</p> <p>Mögliche Operationalisierung:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Anzahl der Bewohner mit Kontrakturen – Inzidenz von Kontrakturen – Indirekt als Endpunkt eines Prozess: sachgerechter, pflegerischer Umgang mit Kontrakturen (Bsp. MDK Qualitätsprüfung) 	<p>Castle, N.G. (2003): Providing outcomes information to nursing homes: can it improve quality of care? <i>The Gerontologist</i> 43, Nr. 4, 483-492</p> <p>Höwer, O. (2002): Pflegequalität - Was soll gemessen werden? Notwendigkeit und Möglichkeiten zur Messung pflegebeeinflussbarer Ergebnisqualität in Altenpflegeheimen. Frankfurt: Diplomarbeit an der Fachhochschule Frankfurt</p> <p>Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (2005): Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege. Essen: Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.</p> <p>Unruh, L./Wan, T.T. (2004): A systems framework for evaluating nursing care quality in nursing homes. <i>J Med Syst</i> 28, Nr. 2, 197-214</p>	<p>Kontrakturen können durch geeignete Prophylaxe, also Übungsprogramme, Massagen, Physiotherapie, und Compliance der betroffenen Bewohner effektive hinausgezögert oder korrigiert werden. Vor allem Trainingsprogramme zur Förderung und zum Erhalt der Mobilität stellten sich als nützlich heraus. Es ist daher davon auszugehen, dass die Einrichtung und auch die Pflegekräfte das Ergebnis mit beeinflussen können (Höwer 2002; Castle 2003).</p>	<p>Der Indikator wird hauptsächlich in der Versorgung älterer Menschen erprobt und eingesetzt.</p> <p>Kontrakturen sind eine abnormale Verkürzung und Versteifung von Muskelgewebe, die den Bewegungsradius einer Person einschränken können. Sie haben des Weiteren eine Verschlechterung der Mobilität in Alltagsaktivitäten zur Folge sowie können Schmerzen verursachen und sind daher als unerwünschtes Pflegeergebnis einzustufen (Castle 2003).</p>

Dimension	Indikator	Instrument/ Operationalisierung	Literatur	Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	Bewertung/ Bemerkungen
	12. Nosokomiale Infektionen	<p>Die am häufigsten in Krankenhäusern erworbenen Infektionen sind Harnwegsinfektionen, Wundinfektionen, Blutstrominfektionen und Lungenentzündungen (White / McGillis Hall 2003). Diese Infektionen werden zumeist auch als Indikatoren herangezogen. Beispiele für die Operationalisierung sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Behandelte Harnwegsinfektionen bei Bewohnern mit Verweilkatheter (IQIP o.J.) – Inzidenz Katheter assoziierter Blutstrominfektionen (National Quality Forum 2004) – Prävalenz von Wundinfektionen (ESQH 2007) – Inzidenz Ventilation assoziierter Lungenentzündungen (Millar et al. 2004) – Bewohnertage, an denen Atemwegsinfektionen behandelt wurden (IQIP o.J.) 	<p>ESQH (2007): Establishing a set of Patient Safety Indicators. Safety Improvement for Patients in Europe. SimPatIE - Work Package 4.</p> <p>Höwer, O. (2002): Pflegequalität - Was soll gemessen werden? Notwendigkeit und Möglichkeiten zur Messung pflegebeeinflussbarer Ergebnisqualität in Altenpflegeheimen. Frankfurt: Diplomarbeit an der Fachhochschule Frankfurt</p> <p>International Quality Indicator Project (IQIP) (o.J.): Lon Term Care Indicators. Verfügbar unter: http://www.internationalqip.com/Documents/Long_Term_Care_Indicators.zip (02.03.2009)</p> <p>National Quality Forum (2004): National voluntary consensus standards for nursing-sensitive care: an initial performance measure set. http://www.qualityforum.org/pdf/reports/nsc.pdf (08.04.2009)</p> <p>Millar, J./Mattke, S./Members of the OECD Patient Safety Panel (2004): Selecting indicators for patient safety at the health systems level in OECD countries. OECD Health Technical Papers. No. 18.</p> <p>Smith, P.W./Rusnak, P.G. (1997): Infection prevention and control in the long-term-care facility. Am J Infect Control 25, Nr. 6, 488-512</p> <p>White, P./McGillis Hall, L. (2003): Patient Safety Outcomes. In: Doran, D.M. (Hg.): Nursing Sensitive Outcomes - State of the Science. Missis-sauga: Jones and Bartlett Publishers, 211-242</p>	<p>Der Einfluss der Pflege erstreckt sich von der Vorbeugung von Bewohnerzuständen, die Infektionen begünstigen, bis hin zu der Vorbeugung von Infektionen. Etwa ein Drittel der nosokomialen Infektionen könnte verhindert werden. Manches davon durch pflegerische Handlungen, z.B. Überwachung, Handhygiene, Desinfektion von Wunden, Isolation von erkrankten Bewohnern. Aufgrund häufig fehlender Symptomaten und Kommunikationsschwierigkeiten bei älteren Menschen kann eine erhöhte Aufmerksamkeit des Pflegepersonals dazu führen, dass Infektionen frühzeitig erkannt werden (Höwer 2002). In einzelnen Studien nahmen ebenfalls einrichtungsbezogene, strukturelle Faktoren Einfluss auf die Infektionsrate, speziell die personelle Ausstattung oder das Qualifikationsniveau. (White/McGillis Hall 2003).</p>	<p>Der Indikator wird hauptsächlich in der Krankenhausversorgung benutzt, aber auch vereinzelt in der Langzeitversorgung erprobt. Eine Risikoadjustierung wird aufgrund vielfältiger Einflussfaktoren als erforderlich angesehen; aufgrund der Komplexität gibt es aber nur wenige Ansätze, was wiederum den Einsatz des Indikators bislang stark eingeschränkt hat (White / McGillis Hall 2003).</p> <p>Problematisch ist bei der Bewertung, dass als nosokomial alle Infektionen bezeichnet werden, die sich nach der Aufnahme in die Einrichtung entwickeln. Diese Einstufung muss nicht zwangsläufig bedeuten, dass die Einrichtung die Infektion verursacht hat, dass der Erreger in der Einrichtung erworben wurde oder dass die Infektion hätte verhindert werden können, sondern lediglich dass sie in der Einrichtung aufgetreten ist (Smith/Rusnak 1997).</p>

Dimension	Indikator	Instrument/ Operationalisierung	Literatur	Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	Bewertung/ Bemerkungen
	13. Harnwegsinfekte	<p>Der Indikator kann durch eine biomedizinische Untersuchung direkt erfasst werden. Betrachtet werden die so ermittelten Ergebnisse dann für Personengruppen mit unterschiedlichen Risiken. Beispiele für die Operationalisierung sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Inzidenz Katheter assoziierter Harnwegsinfektionen (NHS Quality Improvement Scotland 2005) – Behandelte Harnwegsinfektionen bei Bewohnern mit Verweilkatheter (International Quality Indicator Project (IQIP) o.J.) – Behandelte Harnwegsinfektionen bei Bewohnern ohne Verweilkatheter (International Quality Indicator Project (IQIP) o.J.) – Anzahl von Bewohnern mit einer Infektion des Urogenitaltraktes (U.S. Dept. of Health & Human Services and Centers for Medicare & Medicaid Services 2004) <p>Problematisch ist die Tatsache, dass es vermutlich eine große Dunkelziffer nicht erkannter Harnwegsinfekte gibt, da eine Abstrichuntersuchung i.d.R. nur beim Vorliegen von Symptomen durchgeführt wird.</p>	<p>Höwer, O. (2002): Pflegequalität - Was soll gemessen werden? Notwendigkeit und Möglichkeiten zur Messung pflegebeeinflussbarer Ergebnisqualität in Altenpflegeheimen. Frankfurt: Diplomarbeit an der Fachhochschule Frankfurt; Studiengang Pflege</p> <p>International Quality Indicator Project (IQIP) (o.J.): Long Term Care Indicators. Verfügbar unter: http://www.internationalqip.com/Documents/Long_Term_Care_Indicators.zip (02.03.2009)</p> <p>NHS Quality Improvement Scotland (2005): The impact of nursing on patient clinical outcomes. Developing quality indicators to improve care. Verfügbar unter: http://www.nhshealthquality.org/nhsqis/files/Nursing%20Quality%20Indicators%20Report%20FINAL.pdf (28.01.2009)</p> <p>U.S. Dept. of Health & Human Services and Centers for Medicare & Medicaid Services (2004): National Nursing Home Quality Measures - Users Manual. Cambridge, MA: Abt Associates Inc.</p> <p>White, P./McGillis Hall, L. (2003): Patient Safety Outcomes. In: Doran, D.M. (Hg.): Nursing Sensitive Outcomes - State of the Science. Missis-sauga: Jones and Bartlett Publishers, 211-242</p>	<p>Der Einfluss ist eingeschränkt und schwer abgrenzbar. Grundsätzlich lasen sich durch ein angemessenes Kontinenzmanagement u.U. Katheterapplikationen vermeiden und so ein wesentlicher Risikofaktor ausschalten. An der Applikation und Versorgung eines Dauerkatheters ist in erster Linie die Pflege beteiligt, wodurch sie durch hygienisch einwandfreies Arbeiten zur Vermeidung von Infektionen beitragen kann. Allerdings bleibt auch bei hygienisch einwandfreier Versorgung ein erhebliches Restrisiko. Die Rate vermeidbarer Infektionen lässt sich bislang nicht ausreichend quantifizieren, um die Größenordnung des pflegerischen Beitrags zur Infektionsvermeidung zu benennen (White/McGillis Hall 2003).</p>	<p>Studienergebnisse zeigen, dass die Entstehung nosokomialer Infektionen bei älteren Menschen durch verschiedene Faktoren begünstigt wird. Sie weisen eine erhöhte Inzidenz und Schwere vieler Infektionen auf, was u. a. auf eine geschwächte Immunabwehr; bestimmte Erkrankungen oder Funktionseinbußen zurückzuführen ist. Ein Hauptrisikofaktor für das Auftreten eines Harnwegsinfektes ist das Applizieren eines Blasendauerkatheters. Dies wird als wesentliche Begründung für die Eingrenzung auf die davon betroffene Patienten / Bewohnergruppe genannt (International Quality Indicator Project (IQIP) o.J.; NHS Quality Improvement Scotland 2005)</p>

Dimension	Indikator	Instrument/ Operationalisierung	Literatur	Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	Bewertung/ Bemerkungen
Körperliche Leistungsfähigkeit	14. Selbstständigkeit bei Alltagsaktivitäten	<p>Der Indikator stellt einen umfassenden Bereich dar, der zumeist über komplexe Skalen als Selbstständigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL's) erfasst wird und die Bereiche Waschen, Ankleiden, Toilettengang, Essen, Bewegung etc. umfasst. Zumeist werden Veränderungen im Zeitverlauf betrachtet und bewertet.</p> <p>Mögliche Instrumente: Barthel-Index, Katz-ADL. Auch bspw. in der NOC und in dem RAI wird der Indikator erfasst.</p> <p>Mögliche Operationalisierung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bewohner, bei denen der Unterstützungsbedarf bei den ADL's zugenommen hat 	<p>Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) (2005): Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege. Essen: Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.</p> <p>Radzey, B./Kuhn, C./Rauh, J./Heeg, S. (2001): Qualitätsbeurteilung der institutionellen Versorgung und Betreuung dementiell Erkrankter (Literatur-Expertise). Stuttgart: W.Kohlhammer.</p> <p>Rosen, A.K. / Berlowitz, D.R. / Anderson, J.J. / Ash, A.S. / Lewis, E.K. / Moskowitz, M.A. (1999): Functional status outcomes for assessment of quality in long-term care. International Journal for Quality in Health Care 11, Nr. 1, S. 37-46.</p>	<p>Die Selbstständigkeit der Bewohner steht in einer engen Verbindung zu der angebotenen Versorgung und dient als Basis für die Pflegeplanung, sie bestimmt in hohem Maße den Pflegebedarf (Radzey et al. 2001).</p> <p>Obwohl besonders in der Altenpflege ein gewisser Abfall in der Selbstständigkeit zu erwarten ist, ist es Aufgabe der Pflegeheime Angebote vorzuhalten, um die körperliche Funktionsfähigkeit der Bewohner zu erhalten und die Verschlechterungsrate zu verlangsamen (Rosen et al. 1999).</p>	<p>Einen einheitlichen Bewertungsmaßstab gibt es nicht. Eine hohe Selbstständigkeit bei Alltagsaktivitäten wird immer als erwünschtes Ereignis betrachtet, aber auch ein neutrales Ergebnis, wie das Gleichbleiben der Selbstständigkeit eines Bewohners kann ein erwünschtes Ziel sein.</p> <p>Die Selbstständigkeit bei Alltagsaktivitäten kann durch verschiedene Aspekte, wie z.B. geistiger Zustand sowie Art der Erkrankungen beeinflusst werden. Einheitliche Verfahren zur Risikoadjustierung existieren nicht. Teilweise wird die Selbstständigkeit selbst, operationalisiert über die ADL's, als unabhängige Variable für eine Risikoadjustierung genutzt (Castle 2003).</p> <p>Der Indikator kann sowohl zur internen als auch zur externen Qualitätsprüfung eingesetzt werden. Verfahren, die dazu eingesetzt werden können, sind Beobachtungen des Bewohners, Interviews mit dem Bewohner, seinen Angehörigen und Pflegekräften sowie die Auswertung der Pflegedokumentation. Der MDK erfasst z.B. bereits heute in seinem Prüfbogen, ob Personen in ihrer Bewegung eingeschränkt sind und Unterstützung benötigen (MDS 2005).</p>

Dimension	Indikator	Instrument/ Operationalisierung	Literatur	Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	Bewertung/ Bemerkungen
	15. Mobilität	<p>Der Indikator wird meist indirekt erhoben, über verschiedene Aspekte erhoben. In der Nursing Outcome Classification (NOC) ist in dem Bereich Funktionale Gesundheit die Klasse Mobilität enthalten. In dieser Klasse befinden sich Ergebnisse, die die körperliche Mobilität und die Folgen eingeschränkter Mobilität für eine Person beschreiben. Zur Bewertung werden verschiedene Indikatoren herangezogen: Fortbewegung, Gleichgewicht, Körperposition, physische und psychische Konsequenzen von Immobilität, Gelenkbewegung, Mobilitätsgrad, Muskelfunktion, Transferausführung, Skelettfunktion (Johnson et al. 2005).</p> <p>Mögliche Operationalisierungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Anzahl der Bewohner, die die meiste Zeit im Bett oder im Stuhl verbringen (U.S. Dept. of Health & Human Services and Centers for Medicare & Medicaid Services 2004) – Prävalenz von bettlägerigen Bewohnern (Unruh/Wan 2004) – Anzahl der Bewohner, deren Fähigkeit, sich in und außerhalb ihres Zimmers zu bewegen, abgenommen hat (RAND Health 2008) 	<p>Bourret, E.M./Bernick, L.G./Cott, C.A./Kontos, P.C. (2002): The meaning of mobility for residents and staff in long-term care facilities. <i>Journal Of Advanced Nursing</i> 37, Nr. 4, S. 338-345</p> <p>Johnson, J.E. / Maas, M. / Moorhead, S. (2005): Pflegeergebnisklassifikation (NOC). Aus dem Amerikanischen von Peter Tackenberg und Andreas Büscher. Bern: Huber</p> <p>RAND Health Corporation (2008): Development & validation of a revised nursing home assessment tool: MDS 3.0. Verfügbar unter: http://www.cms.hhs.gov/NursingHomeQualityInits/Downloads/MDS30FinalReport.pdf (19.03.2009)</p> <p>U.S. Dept. of Health & Human Services and Centers for Medicare & Medicaid Services (2004): National Nursing Home Quality Measures - Users Manual. Cambridge, MA: Abt Associates Inc.</p>	<p>Einflussmöglichkeiten der Einrichtung auf die Mobilität der Bewohner beziehen sich auf die Gewährleistung einer sicheren und barrierefreien Umgebung. Die Beeinflussbarkeit durch die Pflege liegt in der Anleitung, Unterstützung und Motivation zur Mobilitätsförderung, aber auch in der Koordination mit anderen Gesundheitsprofessionellen (Bourret et al. 2002).</p>	<p>Eine möglichst hohe Mobilität ist ein erwünschtes Pflegeergebnis. Ähnlich wie bei der Selbstständigkeit kann auch ein neutrales Ergebnis, d.h. ein gleichbleibendes Level an Mobilität ein Ziel sein.</p> <p>Es ist zu berücksichtigen, dass Mobilität möglicherweise ein Einflussfaktor für viele der aufgeführten Indikatoren, wie z.B. Dekubitus oder Kontrakturen, aber auch ein entscheidender Aspekt für das allgemeine Wohlbefinden oder die Lebensqualität ist (Bourret et al. 2002).</p>

Dimension	Indikator	Instrument/ Operationalisierung	Literatur	Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	Bewertung/ Bemerkungen
Kognitive Leistungsfähigkeit	16. Kognitive Beeinträchtigungen	<p>Der Indikator wird zumeist indirekt erfasst. In der Nursing Outcome Classification (NOC) wird der Bereich kognitive Funktionen im Bereich der Physiologischen Gesundheit indirekt über verschiedenen Indikatoren bewertet. Aspekte der kognitiven Leistungsfähigkeit sind in der NOC u.a. kognitive Orientierung, Kommunikationsfähigkeit, Konzentration, Entscheidungsfähigkeit, Informationsverarbeitung, Gedächtnisleistung (Johnson et al. 2005).</p> <p>Ein anderes Messverfahren ist die Cognitive Performance Scale (CPS) (Castle 2006). Für den Teilaspekt Konzentration wird das Instrument Mini Mental State, für Konzentration der Short Portable Mental Status Questionnaire vorgeschlagen (Keenan et al. 2003). Als weitere mögliche Instrumente zur Erhebung des Ergebnisindikators werde das Brief Interview of Mental Status oder auch die Modified MMSE vorgeschlagen (Chodosh et al. 2008).</p> <p>Beispiele für mögliche Operationalisierungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Verschlechterung in der Cognitive Performance Scale über die Zeit (Berg et al. 2002) – Inzidenz kognitiver Beeinträchtigungen (Unruh/Wan 2004) 	<p>Berg, K. / Mor, V. / Morris, J. / Murphy, K.M. / Moore, T. / Harris, Y. (2002): Identification and evaluation of existing nursing homes quality indicators. Health Care Financing Review 23, Nr. 4, 19-36</p> <p>Castle, N.G. (2006): Mental health outcomes and physical restraint use in nursing homes. Administration and Policy in Mental Health 33, Nr. 6, 696-704</p> <p>Chodosh, J. / Edelen, M.O. / Buchanan, J.L. / Yosef, J.A. / Ouslander, J.G. / Berlowitz, D.R. / Streim, J.E. / Saliba, D. (2008): Nursing home assessment of cognitive impairment: development and testing of a brief instrument of mental status. Journal of the American Geriatrics Society 56, Nr. 11, 2069-2075</p> <p>Johnson, J.E. / Maas, M. / Moorhead, S. (2005): Pflegeergebnisklassifikation (NOC). Bern: Huber</p> <p>Keenan, G. / Barkauskas, V. / Stocker, J. / Johnson, M. / Maas, M. / Moorhead, S. / Reed, D. (2003): Establishing the validity, reliability, and sensitivity of NOC in an adult care nurse practitioner setting. Outcomes Management 7, Nr. 2, 74-83</p> <p>Minnesota Department of Human Services (2007): Minnesota Quality Indicators and Adjusters. http://www.dhs.state.mn.us/main/groups/aging/documents/pub/dhs_id_051942.pdf (05.03.2009)</p> <p>Unruh, L./Wan, T.T. (2004): A systems framework for evaluating nursing care quality in nursing homes. J Med Syst 28, Nr. 2, 197-214</p>	<p>Viele Bewohner von Pflegeheimen haben kognitive Einschränkungen, wobei fast die Hälfte der Bewohner Kriterien einer Demenz erfüllt. Das Erkennen von kognitiven Beeinträchtigungen ist ein kritischer Punkt in der Entwicklung effektiver Pflegeplanungen und kann die Interaktion des Pflegepersonals mit dem Bewohner erleichtern (Chodosh et al. 2008). Welchen Einfluss die Pflege auf die kognitive Leistungsfähigkeit der Bewohner nehmen kann, kann nicht belegt werden und wird auch kaum in der Literatur diskutiert.</p>	<p>Der Indikator wird relativ selten zur Beurteilung der Ergebnisqualität der Pflege herangezogen. Jedoch wird er häufig zur Risikoadjustierung eingesetzt. Bspw. die Aspekte kognitiver Status und Demenz zur Adjustierung des Indikators herausforderndes Verhalten oder des Indikators Selbstständigkeit bei Alltagsaktivitäten (Minnesota Department of Human Services 2007).</p> <p>Der Indikator ist schwer in einer externen Qualitätsprüfung zu erfassen. Dies liegt darin begründet, dass die kognitive Leistungsfähigkeit nicht durch reine Inaugenscheinnahme geprüft werden kann. Vielmehr sind Beobachtungen über Zeitverläufe notwendig um eine Beurteilung vornehmen zu können.</p>

Dimension	Indikator	Instrument/ Operationalisierung	Literatur	Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	Bewertung/ Bemerkungen
Krankheits- und Symptomkontrolle	17. Medikamenteneinnahme	<p>Mögliche Operationalisierungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inzidenz von Bewohnern, die neun oder mehr verschiedenen Medikamente einnehmen (The Aged Care 2004) - Rate der Bewohner, die x oder mehr Medikamente am letzten Tag jedes Quartals einnehmen (Commonwealth of Australia 2007) 	<p>Commonwealth of Australia (2006): Developing resident-centered quality indicators in residential aged care. Barton: Commonwealth of Australia</p> <p>The Aged Care Branch of the Department of Human Services (Victoria) (2004): Public Sector Residential Aged Care Quality of Care Performance Indicator Project Report. Bundoora: The Aged Care Branch of the Department of Human Services</p> <p>Wallrafen-Dreisow-H./Weigel, R. (2007): Der Qualitätsbericht. Transparenz schafft Vertrauen. Hannover: Vincentz</p>	<p>Auch wenn die Medikamente von behandelnden Ärzten verschrieben werden gibt es Möglichkeiten für die Einrichtungen Einfluss zu nehmen. So können sie bspw. durch Interventionen die Medikation der Bewohner überprüfen und gegebenenfalls korrigieren lassen, um Risiken für die Bewohner zu senken. Darüber hinaus gibt es Koordinationsmöglichkeiten für die Pflege, insbesondere dann, wenn mehrere verordnete Ärzte beteiligt sind (Wallrafen-Dreisow/Weigel 2007).</p>	<p>Eine hohe Anzahl an verschiedenen Medikamenten, die eingenommen werden, ist ein unerwünschtes Pflegeergebnis, da Nebenwirkungen mit der Zahl der eingenommenen Medikamente zunehmen. Bei der Bewertung des Indikators tritt jedoch das Problem auf, dass multiple Medikationen manchmal medizinisch notwendig sind (The Aged Care 2004). Konkrete Bewertungsmaßstäbe konnten nicht gefunden werden.</p>

Dimension	Indikator	Instrument/ Operationalisierung	Literatur	Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	Bewertung/ Bemerkungen
	18. Angemessenes Symptommanagement	<p>Das Erleben von Symptomen der Patienten ist multidimensional, daher sollte ein umfassender Messansatz gewählt werden, der folgende Dimensionen erhält: Auftreten / Häufigkeit / Dauer, Symptomschwere, Symptomeinfluss, Bedeutung der Symptome für den Betroffenen, Reaktion auf Symptome, Strategien, die zum Umgang mit dem Symptom eingesetzt wurden, und die wahrgenommene Effektivität dieser, Faktoren, welche die Symptome verschlimmert oder gelindert haben (Sidani 2003).</p> <p>Instrumente: z.B. Quality of Life Index, Nursing Outcome Classification</p> <p>Bereiche: Erschöpfung, Atemnot, Übelkeit und Erbrechen, Schmerz (Sidani 2003, Doran et al. 2006)</p>	<p>Dodd, M. et al. (2001): Advancing the science of symptom management. <i>Journal of Advanced Nursing</i> 33, Nr. 5, 668-676</p> <p>Doran, D.M. et al. (2006): Nursing-sensitive outcomes data collection in acute care and long-term-care settings. <i>Nursing Research</i> 55, Nr. 2 Suppl, S75-S81</p> <p>Schmid-Büchi, S. et al. (2008): Das auf Basis des "Quality of Health Outcome Model" (QHOM) entwickelte Zürcher Pflege-Qualitätsmodell: Eine neue Perspektive zur Messung der Pflegequalität. <i>Pflege</i> 21, Nr. 5, 309-317</p> <p>Sidani, S. (2003): Symptom Management. In: Doran, D.M. (Hg.): <i>Nursing Sensitive Outcomes - State of the Science</i>. Mississauga: Jones and Bartlett Publishers, 115-176</p>	<p>Symptommanagement und eine effektive Symptomkontrolle werden als eine der primären Aufgaben der Pflege angesehen und können somit einen Indikator für Ergebnisqualität in der Pflege herangezogen werden (Schmid-Büchi et al. 2008). Die Einrichtung und die Pflege sind des Weiteren an verschiedenen Interventionen beteiligt, die zur Linderung bzw. Vorbeugung von Symptomen durchgeführt werden, und können diese mit beeinflussen (Sidani 2003).</p>	<p>Ein angemessenes Symptommanagement ist ein erwünschtes Pflegeergebnis, da ein inadäquates Symptommanagement zu einer Verschlechterung der Symptomschwere und der Häufigkeit führen kann sowie negativen Stress nach sich ziehen kann (Sidani 2003).</p> <p>Symptome sind sehr subjektiv und nur schwer objektiv, d.h. durch andere Personen wie z.B. Pflegekräfte, zu erfassen. Goldstandard für Untersuchungen sollte daher die individuelle Einschätzung der Betroffenen sein (Dodd et al. 2001). Dieser Selbstreport kann durch die Erhebung des Symptomstatus durch Pflegepersonal ergänzt werden (Schmid-Büchi et al. 2008).</p> <p>Eine Erfassung des Indikators innerhalb einer externen Qualitätsprüfung ist daher mit Schwierigkeiten verbunden.</p>

Dimension	Indikator	Instrument/ Operationalisierung	Literatur	Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	Bewertung/ Bemerkungen
	19. Schmerzmanagement	<p>Es gibt erprobte Verfahren zur Erfassung der Schmerzintensität (Ratingskalen, Schmerzfragebögen) auf individueller Ebene. Um zu überprüfen, welche Teilbereiche des Schmerzmanagements durch eine Pflegeeinrichtung geleistet wurden kann die Dokumentation herangezogen werden. Um den Erfolg der Maßnahmen zu überprüfen können die Betroffenen befragt werden.</p> <p>Auf Patientenseite wird vor allem das Erreichen einer für den Betroffenen „akzeptablen“ Schmerzintensität auf Grundlage eines vorausgegangenen Schmerzassessments genannt. Damit verbunden sind jedoch auch Teil- und Zwischenziele, wie z.B. das Nichtauftreten schmerzbedingter Nebenwirkungen (z.B. Aktivitätseinschränkungen), die Anwendung nichtpharmakologischer Maßnahmen zur Schmerzreduktion oder die Vermeidung von Nebenwirkungen medikamentöser Schmerztherapie (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) 2005). Werden Anforderungen an Versorgungsprozesse formuliert, so müssen Sie bei allen Bewohnern erfüllt werden, die Schmerzen bzw. schmerzbedingte Probleme aufweisen.</p>	<p>Commonwealth of Australia (2006): Developing resident-centered quality indicators in residential aged care. Barton: Commonwealth of Australia</p> <p>Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2005): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege. Os-nabrück: DNQP</p> <p>Whitman, G.R./Kim, Y./Davidson, L.J./Wolf, G.A./Wang, S.L. (2002): Measuring nurse-sensitive patient outcomes across specialty units. Outcomes Manag 6, Nr. 4, 152-158; quiz 159-160</p> <p>U.S. Dept. of Health & Human Services and Centers for Medicare & Medicaid Services (2004): National Nursing Home Quality Measures - Users Manual. Cambridge MA: Abt Associates Inc.</p>	<p>In der Fachdiskussion ist die (Mit)Verantwortung der Pflege für ein individuelles Schmerzmanagement unumstritten. Ebenso unumstritten ist allerdings, dass die adäquate pharmakologische Schmerzbehandlung, die selten durch Pflegekräfte gesteuert wird, ein zentrales Element der Schmerzreduktion ist. In welchem Umfang pflegerische Interventionen das Ergebnis „Schmerzintensität“ beeinflussen ist individuell unterschiedlich und daher kaum zu quantifizieren. Aus diesem Grund werden als pflegesensitive Ergebnisindikatoren oft Teilergebnisse herausgegriffen, z.B. die Befähigung der Betroffenen zur Schmerzeinschätzung oder die Fähigkeit nichtmedikamentöse Maßnahmen zu nutzen. Als problematisch wird das Schmerzmanagement bei Personen mit eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten beschrieben, da eine aktive Mitarbeit, die sowohl mit Blick auf die Schmerzeinschätzung als auch die ergriffenen Maßnahmen notwendig ist, von ihnen nicht immer geleistet werden kann.</p>	<p>Als Ziel pflegerischer Interventionen wird allgemein eine möglichst geringe Schmerzintensität beim Pflegebedürftigen/Patienten betrachtet. Zumeist finden sich positive Formulierungen, die auf eine Schmerzintensität unterhalb einer bestimmten Grenze (3 oder 4 auf NRS) oder die Endpunkte durchgeführter Maßnahmen (z.B. systematische Schmerzerfassung) abheben (Commonwealth of Australia 2006; Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) 2005).</p> <p>Obwohl Schmerzmanagement in der Literatur klar als pflegerische Aufgabe beschrieben wird und diesbezüglich Anforderungen und Aufgabenbereiche auf Struktur- und Prozessebene definiert werden, findet der Indikator zur Beschreibung der Ergebnisqualität von Einrichtungen, insbesondere in der Langzeitversorgung, kaum Anwendung. Dies wird vor allem damit begründet, dass eine Einrichtung zwar wichtige Voraussetzungen für ein erfolgreiches Schmerzmanagement schaffen kann, dessen Ergebnis aber wesentlich von der Bereitschaft und Fähigkeit anderer Akteure und auch der Bewohner abhängt, sich zu beteiligen. Dementsprechend lässt sich „Schmerzintensität“ zwar als Maß für ein gelungenes Schmerzmanagement insgesamt, nicht aber als Ergebnis der Versorgung in der pflegerischen Langzeitversorgung nutzen.</p>

Dimension	Indikator	Instrument/ Operationalisierung	Literatur	Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	Bewertung/ Bemerkungen
	20. Sondenernährung	<p>Mögliche Operationalisierungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Prävalenz von Sondenernährung (Unruh/Wan 2004) – Anzahl der Bewohner mit PEG (ausschließlich) (Wallrafen-Dreisow/ Weigel 2007) 	<p>Phillips, C.J. (1991): Developing a method of assessing quality of care in nursing homes, using key indicators and population norms. J Aging Health 3, Nr. 3, 407-422</p> <p>Unruh, L./Wan, T.T. (2004): A systems framework for evaluating nursing care quality in nursing homes. J Med Syst 28, Nr. 2, 197-214</p> <p>Wallrafen-Dreisow H. / Weigel, R. (2007): Der Qualitätsbericht. Transparenz schafft Vertrauen. Hannover: Vincentz</p>	<p>Die Verordnung einer dauerhaften Sondenernährung liegt in der ärztlichen Verantwortung. Einflussmöglichkeiten der Einrichtung und der Pflege sind jedoch auch gegeben, z.B. Bemühungen um eine Verbesserung der Schluckfähigkeit oder die regelmäßige Überprüfung der Indikation (Wallrafen-Dreisow/Weigel 2007).</p>	<p>Grundsätzlich ist eine dauerhafte Sondenernährung als negatives Ergebnis einzustufen, da sie die Lebensqualität eines Bewohners negativ beeinflussen kann, Komplikationen wie z.B. Infektionen oder Verstopfungen der Sonde entstehen können und auch ein erhöhter pflegerischer Aufwand entstehen kann (Wallrafen-Dreisow/Weigel 2007)</p> <p>Der Indikator wird relativ selten erprobt und eingesetzt. Er Indikator kann als Marker für einen größeren als gewöhnlichen Versorgungsbedarf unter den Bewohnern eingesetzt werden, um eventuell den Bedarf an speziellen Qualitätsuntersuchungen in relevanten Bereichen aufzuzeigen. Er sollte aber nicht als ein Indikator für schlechte Versorgungsqualität in der künstlichen Ernährung eingesetzt werden (Philipps 1991).</p>

Dimension	Indikator	Instrument/ Operationalisierung	Literatur	Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	Bewertung/ Bemerkungen
Prävention	21. Grippe- schutz- impfung	<p>Mögliche Operationalisierungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Inzidenz impfpräventiver Krankheiten (Garcia Armesto et al. 2007) – Anteil der Personen über 65 Jahre, die gegen Grippe geimpft sind (Swedish Association of Local Authorities and Regions / Swedish National Board of Health and Welfare 2008) – Anteil der Bewohner, die im vergangenen Jahr zwischen der 2. Septemberwoche und der 2. Novemberwoche eine Grippe-schutzimpfung erhalten haben (Steering Committee Responsible Care 2008) <p>Eine weitere Messmöglichkeit stellt die Messung von Endpunkten von Prozessen dar. Eine mögliche Operationalisierung wäre: Allen Patienten über 65 Jahre sollte eine Grippe-schutzimpfung angeboten worden sein (Fahey et al. 2003).</p>	<p>Fahey, T./Montgomery, A.A./Barnes, J./Protheroe, J. (2003): Quality of care for elderly residents in nursing homes and elderly people living at home: controlled observational study. <i>BMJ</i> 326, Nr. 7389, 580</p> <p>Garcia Armesto, S. / Lapetra, M.L.G. / Wei, L. / Kelley, E. / Members of the HCQI Expert Group (2007): Health care quality indicators project 2006 data collection update report. OECD Health Working Papers No. 29. Paris: OECD</p> <p>Steering Committee Responsible Care (2008): Quality Framework Responsible Care. Rijswijk: Steering Committee Responsible Care</p> <p>Swedish Association of Local Authorities and Regions/Swedish National Board of Health and Welfare (2008): Quality and Efficiency in Swedish Health Care. Regional Comparisons 2007. Verfügbar unter: http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/1482B3AF-ED64-4B31-983F-7788AC43D020/10176/20081313.pdf (18.02.2009)</p>	Die Pflegesensitivität des Indikators und die Möglichkeiten der Einflussnahme von Seiten der Einrichtungen sind gerade in Deutschland unklar.	Der Indikator wird nur im internationalen Raum zur Bewertung der Ergebnisqualität in Pflegeheimen genutzt. In Deutschland ist der Indikator nur wenig aussagekräftig, da keine Vorgaben bezüglich der Impfung von Bewohnern bestehen.

Dimension	Indikator	Instrument/ Operationalisierung	Literatur	Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	Bewertung/ Bemerkungen
	22. Handhygiene	Mögliche Operationalisierung: Verbrauch von Desinfektionsmitteln für die Handhygiene pro Patient	ESQH – European Society for Quality in Healthcare (2007): Catalogue of Patient Safety Indicators. Safety Improvement for Patients in Europe. Aarhus: The ESQH-office for Quality Indicators Central Jutland Region	Das Ergebnis ist durch die Einrichtung beeinflussbar, indem auf einen adäquaten und ausreichenden Gebrauch von Mitteln zur Handhygiene geachtet wird. Die in der Pflege Tätigen können in einem sehr hohen Maße Einfluss auf ihren eigenen Gebrauch nehmen.	Der Indikator wird nur sehr selten eingesetzt und sagt nur bedingt etwas über Pflegeergebnisse beim Bewohner aus. Handhygiene ist jedoch in jedem Fall ein erwünschtes Ergebnis, da auf diese Weise Infektionen vorgebeugt werden kann.
Allgemeine Maße	23. Mortalität	Mögliche Operationalisierungen: <ul style="list-style-type: none"> – Rate der Todesfälle durch Erkrankungen, die durch medizinische Interventionen hätten vermieden werden können (Swedish Association of Local Authorities and Regions / Swedish National Board of Health and Welfare 2008) – Krankenhausbezogene Mortalitätsrate innerhalb der ersten 30 Tage nach der Aufnahme in das Krankenhaus (Garcia Armesto et al. 2007) 	<p>Garcia Armesto, S./Lapetra, M.L.G./Wei, L./Kelley, E./Members of the HCQI Expert Group (2007): Health care quality indicators project 2006 data collection update report. OECD Health Working Papers No. 29. Paris: OECD</p> <p>Swedish Association of Local Authorities and Regions/Swedish National Board of Health and Welfare (2008): Quality and Efficiency in Swedish Health Care. Regional Comparisons 2007. Verfügbar unter: http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/1482B3AF-ED64-4B31-983F-7788AC43D020/10176/20081313.pdf (18.02.2009)</p> <p>Höwer, O. (2002): Pflegequalität - Was soll gemessen werden? Notwendigkeit und Möglichkeiten zur Messung pflegebeeinflussbarer Ergebnisqualität in Altenpflegeheimen. Frankfurt: Diplomarbeit an der Fachhochschule Frankfurt; Studiengang Pflege</p>	Der Indikator Mortalität kann in einem gewissen Maße durch die Einrichtung und durch die Pflegenden beeinflusst werden, indem bestimmte Prophylaxemaßnahmen eingeleitet werden, wie z.B. Infektionsprophylaxe, Vorbeugung von Mangelernährung o.ä. (Höwer 2002).	Der Indikator wird hauptsächlich in der Akutversorgung oder in der Betrachtung der Qualität von Versorgungssystem herangezogen. Für den Bereich der stationären Langzeitversorgung ist er nur bedingt geeignet, da Mortalität von Pflegeheimbewohnern durch sehr viele Faktoren beeinflusst wird. Bezüglich der Bewertung des Indikators stellt es sich als schwierig dar, bei den Gründen für den Tod des Heimbewohners klar abzugrenzen, ob dieser auf eine möglicherweise schlechte Pflege zurückzuführen ist oder auf den Gesundheitszustand des Bewohners.

Dimension	Indikator	Instrument/ Operationalisierung	Literatur	Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	Bewertung/ Bemerkungen
	24. Verweildauer	Mögliche Operationalisierung: – Verweildauer in der Einrichtung	Höwer, O. (2002): Pflegequalität - Was soll gemessen werden? Notwendigkeit und Möglichkeiten zur Messung pflegebeeinflussbarer Ergebnisqualität in Altenpflegeheimen. Frankfurt: Diplomarbeit an der Fachhochschule Frankfurt; Studiengang Pflege	Die Beeinflussbarkeit der Einrichtung ist ähnlich wie bei der Mortalität begrenzt. Neben der Mortalität spielt auch der Zeitpunkt des Einzuges eine Rolle sowie die Art der Erkrankung und die Schwere der Pflegebedürftigkeit.	Der Indikator Verweildauer steht in enger Verbindung mit der Mortalität, da der Großteil der Bewohner auch im Pflegeheim stirbt, und wird ebenfalls zumeist in der Akutversorgung eingesetzt. Er ist für die stationäre Altenpflege nur bedingt geeignet (siehe auch Bewertung Mortalität).
Einrichtungbezogene Ergebnisse	25. Außerplanmäßige Transfers in die stationäre Akutversorgung	Mögliche Operationalisierung: Prävalenz der Einweisungen Weitere Differenzierungen möglich nach: ungeplanter Transfer in die Akutversorgung innerhalb der ersten 72 Stunden nach der Aufnahme, ungeplanter Transfer in die Akutversorgung innerhalb der ersten 72 Stunden nach der Aufnahme aufgrund von kardiovaskulärer Dekompensation, Behandlung/Nachsorge von Frakturen, Magen-Darm-Blutung, Infektionen oder aus anderen Gründen (IQIP o.J.)	Wallrafen-Dreisow, H./Weigel, R. (2007): Der Qualitätsbericht. Transparenz schafft Vertrauen. Hannover: Vincentz International Quality Indicator Project (IQIP) (o.J.): Long term care indicators. Verfügbar unter: http://www.internationalqip.com/Documents/Long_Term_Care_Indicators.zip 02.03.2009)	Die Pflegesensitivität des Indikators und die Möglichkeiten der Einflussnahme von Seiten der Einrichtungen sind unklar.	Der Indikator wurde nur in wenigen Studien eingesetzt, so dass kaum Aussagen zur Verwendbarkeit getroffen werden können.

Liste der Indikatoren für Lebensqualität

Dimension	Indikator	Instrument/ Operationalisierung	Literatur	Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	Bewertung/ Bemerkungen
Somatische Gesundheit, körperliches Wohlbefinden	26. Nutzungsgrad medizinischer Behandlung	Befragung: Bewohner/ Referenzpers./ Mitarbeiter Nutzungsgrad therapeutischer Angebote 1. Teilnahmemöglichkeit an therapeutischen Angeboten 2. Zufriedenheit mit den therapeutischen Angeboten	Jenuß-Schiefer und Janig (2004): Aktivierungsangebote in Pflegeheimen. Eine Studie zur Inanspruchnahme und Zufriedenheit. z. Gerontol. Geriat. 37:393-401.	Der Nutzungsgrad ist durch die Einrichtung beeinflussbar. Er wird zum einen durch die Angebotsstruktur, zum anderen durch die Vermittlung (durch Information, Transport, Erinnerung und Motivation) zur tatsächlichen Teilhabe bestimmt.	Der Nutzungsgrad medizinischer Angebote ist ein Indikator, welcher indirekt die konkrete Umsetzung von Struktur- und Prozessqualität auf der Bewohnererebene erfasst.
Wohnen und Versorgung (Grundbedürfnisse)	27. Einhaltung vertraglicher Vereinbarungen und organisatorischer Absprachen	Befragung: Bewohner/ Referenzperson/ Heimvertretung 1. Einhaltung von Vereinbarungen und Versprechungen (Zuverlässigkeit, Pünktlichkeit, Ausführung der vereinbarten Dienstleistung: verlässlich) 2. Vermittlung von Sicherheit und Vertrauen (z. B. Wie schnell ist eine Pflegekraft bei Bedarf erreichbar? Kennen die Pflegekräfte den Bewohner und seine Krankheiten?)	König (2007): Was die PDL wissen muss. Das etwas andere Qualitäts- handbuch in der Altenpflege. 3. Auflage, schlütersche. Mauelshagen (2004): Qualitätsmanagement in der Altenpflege – FAQ. Bildungsverlag E1NS. Quality Framework Responsible Care (2007): The vision documents 'towards standards for responsible care' and 'Standards for Responsible Home Care' made operational for long term and/ or complex care.		Erfasst die konkrete Umsetzung von Struktur- und Prozessqualität als wahrgenommenes Ergebnis auf der Bewohnererebene.

Dimension	Indikator	Instrument/ Operationalisierung	Literatur	Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	Bewertung/ Bemerkungen
Wohnen und Versorgung (Grundbedürfnisse)	28. Gestaltbarkeit der Wohnsituation	Bewohnerbefragung/ Aktenanalyse 1. Deckungsgrad Unterbringungswunsch vs. Unterbringung (Einzelzimmer : Mehrbettzimmer) 2. Zimmereinrichtung nach eigenen Wünschen gestalten	Qualitätsbericht der Altenheime der Stadt Mönchengladbach (2008): Vergleich mit anderen Heimen in NRW	Beeinflussbarkeit ist in einem eingeschränkten Maß gegeben: <ul style="list-style-type: none"> • Finanzielle Ressourcen (Bewohner) • Räumliche Ressourcen 	Unterbringungswunsch nicht nur bei Einzug, sondern lfd. überprüft; bei Präferenz für Zweibettzimmer: Wahlmöglichkeit des Mitbewohners angeboten? Umzugsmöglichkeiten bei unauflösbaren Konflikten?
Wohnen und Versorgung (Grundbedürfnisse)	29. Raumtemperatur	Befragung: Bewohner/ Heimvertretung/ Referenzperson Angenehme Raumtemperatur	Quality Framework Responsible Care (2007): The vision documents 'towards standards for responsible care' and 'Standards for Responsible Home Care' made operational for long term and/ or complex care.	Durch Einrichtung beeinflussbar.	Geeigneter Indikator für internes und externes QM. Erfasst die konkrete Umsetzung von Struktur- und Prozessqualität als wahrgenommenes Ergebnis auf der Bewohnerebene.
Wohnen und Versorgung (Grundbedürfnisse)	30. Wohnzufriedenheit	Bewohnerbefragung 1. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Wohnsituation? 2. Was gefällt Ihnen besonders gut? 3. Was gefällt Ihnen nicht? Befragung: Bewohner/ Heimvertretung/ Referenzperson Zustand Gemeinschaftsräume (sauber, bequem, guter Geruch)	Ströhlein (2004): Soziale Netzwerke im Alter http://www.fernuni-hagen.de/OEKOPSYCH/Erhebungsinstrumente/FB-Netzwerke.pdf Quality Framework Responsible Care (2007): The vision documents 'towards standards for responsible care' and 'Standards for Responsible Home Care' made operational for long term and/ or complex care.	Beeinflussbarkeit ist in einem eingeschränkten Maß mittels indirekter Wirkungen (Unterbringungsart, Sauberkeit, Raumgestaltung etc.) gegeben. Es spielen jedoch auch Aspekte hinein, welche nicht beeinflussbar sind: Biographie, Entfernung zu Verwandten und Freunden, finanzielle Situation. Durch Einrichtung beeinflussbar mittels Qualität der Reinigungsarbeiten, Gestaltung etc.)	Wurde bislang v. a. im Bereich betreuter Wohnformen angewendet, es liegen keine Erfahrungen mit dem Instrument in der stationären Altenhilfe vor. Ggf. geeignet für internes QM um Schwachstellen und Potenzialen der Wohnsituation zu identifizieren. Erfasst die konkrete Umsetzung von Struktur- und Prozessqualität als wahrgenommenes Ergebnis auf der Bewohnerebene.

Dimension	Indikator	Instrument/ Operationalisierung	Literatur	Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	Bewertung/ Bemerkungen
Wohnen und Versorgung (Grundbedürfnisse)	31. Sauberkeit Hauswirtschaftliche Versorgung	Befragung: Bewohner/ Heimvertretung/ Referenzpers. Ist das Bewohnerzimmer/ Toilette/ Bad/ Aufenthaltsraum etc.) sauber und ordentlich?	Quality Framework Responsible Care (2007): The vision documents 'towards standards for responsible care' and 'Standards for Responsible Home Care' made operational for long term and/ or complex care.	Durch Einrichtung beeinflussbar mittels Qualität der Reinigungsarbeiten.	Geeigneter Indikator für internes und externes QM. Erfasst die konkrete Umsetzung von Struktur- und Prozessqualität als wahrgenommenes Ergebnis auf der Bewohnerebene.
Wohnen und Versorgung (Grundbedürfnisse)	32. Wäsche Hauswirtschaftliche Versorgung	Befragung: Bewohner/ Heimvertretung/ Referenzperson Wäscheversorgung (Reinigung/ Kennzeichnung) verläuft reibungslos - Bekleidung wird ausreichend schnell gereinigt - vollständige Rückgabe, keine falsche Wäscheteilung	Qualitätsbericht der Altenheime der Stadt Mönchengladbach (2008): Vergleich mit anderen Heimen in NRW)	Durch Einrichtung beeinflussbar.	Erfasst die konkrete Umsetzung von Struktur- und Prozessqualität als wahrgenommenes Ergebnis auf der Bewohnerebene.
Wohnen und Versorgung (Grundbedürfnisse)	33. Schnelle Unterstützung	Befragung: Bewohner/ Heimvertretung/ Referenzperson - rechtzeitige/ schnelle Hilfe für Toilettengang - rechtzeitige/ schnelle Hilfe bei Schmerzen oder Krankheit - Wartezeit zwischen Klingeln und Kontakt zur Pflegekraft	Quality Framework Responsible Care (2007): The vision documents 'towards standards for responsible care' and 'Standards for Responsible Home Care' made operational for long term and/ or complex care. Verbraucherzentrale und MDK Rheinland-Pfalz (2008)	Durch Einrichtung beeinflussbar.	

Dimension	Indikator	Instrument/ Operationalisierung	Literatur	Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	Bewertung/ Bemerkungen
Wohnen und Versorgung (Grundbedürfnisse)	34. Qualität des Mahlzeitenangebots Hauswirtschaftliche Versorgung	Befragung: Bewohner/ Heimvertretung/ Referenzperson <ul style="list-style-type: none"> – Wahlmöglichkeiten (auch bei Diätkost) – Geschmack – Variation der Speisen – Temperatur der Speisen – Angenehme Essensatmosphäre – Wahlmöglichkeit des Ortes – Wahlmöglichkeit des Zeitpunkts 	Qualitätsbericht der Altenheime der Stadt Mönchengladbach (2008): Vergleich mit anderen Heimen in NRW) Verbraucherzentrale und MDK Rheinland-Pfalz (2008) Netten and Forder (2007): Social Policy & Society 6:3, 397 – 409, Cambridge University Press National Care standards. Care homes for older people. Scottish Executive Quality Framework Responsible Care (2007): The vision documents 'towards standards for responsible care' and 'Standards for Responsible Home Care' made operational for long term and/ or complex care.	Beeinflussbarkeit ist in einem leicht eingeschränkten Maß gegeben. Die Einschränkung betrifft die Essensatmosphäre, da diese wesentlich auch durch die Gruppe beeinflusst wird. Diese Gruppendynamik ist durch die Einrichtung nur in einem eingeschränkten Maße beeinflussbar. Ebenso individuell ist das Geschmacksempfinden.	evtl. Strukturmerkmal der „Wahlmöglichkeit“ als indirekter Indikator für Zufriedenheit. Geeigneter Indikator für internes und externes QM. Erfasst die konkrete Umsetzung von Struktur- und Prozessqualität als wahrgenommenes Ergebnis auf der Bewohnerebene

Dimension	Indikator	Instrument/ Operationalisierung	Literatur	Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	Bewertung/ Bemerkungen
Wohnen und Versorgung (Grundbedürfnisse)	35. (Tägliche) Wahl-/ Entscheidungsmöglichkeiten Autonomie	Befragung: Bewohner/ Heimvertretung/ Referenzperson Aufstehzeit und Bettgezeit 1. alle Bewohner können dies auswählen 2. Nur unabhängige Bewohner können dies auswählen 3. Entscheidung des Pflegeteams Pflegezeiten und -form 1. Erfolgt die Pflege zu der gewünschten Zeit? 2. Entspricht die Pflegeform/ -umfang der Erwartung.	Murphy, Shea and Cooney (2007): Quality of life for older people living in long-stay settings in Ireland. Journal of clinical nursing National Care standards. Care homes for older people. Scottish Executive Quality Framework Responsible Care (2007): The vision documents 'towards standards for responsible care' and 'Standards for Responsible Home Care' made operational for long term and/ or complex care.	Stark beeinflussbar durch die Einrichtung.	Erfasst die konkrete Umsetzung von Struktur- und Prozessqualität als wahrgenommenes Ergebnis auf der Bewohnerebene.
Soziale Beziehungen, gelingende Kommunikation, Aktivitäten	36. Aktivitätsgrad Tagesgestaltung	Befragung: Bewohner/ Heimvertretung/ Referenzperson Dokumentation durch Mitarbeiter 1. Nutzungsgrad Aktivierungsangebote 2. Teilnahmemöglichkeit an Aktivierungsangeboten 3. Zufriedenheit mit dem Aktivierungsangebot	Jenull-Schiefer und Janig (2004): Aktivierungsangebote in Pflegeheimen. Eine Studie zur Inanspruchnahme und Zufriedenheit. z. Gerontol. Geriat. 37:393-401. Mares et al. (2002): Residential environment and quality of life among seriously mentally ill residents of board and care homes. Community Mental Health Journal, Vol. 38, No: 6, 12/ 2002. Murphy, Shea and Cooney (2007): Quality of life for older people living in long-stay settings in Ireland. Journal of clinical nursing.	Durch Einrichtung beeinflussbar. Er wird zum einen durch die Angebotsstruktur, zum anderen durch die Vermittlung/ Unterstützung (durch Information/ Transport, Erinnerung und Motivation) zur tatsächlichen Teilhabe bestimmt.	als interner Indikator zur Angebotsplanung (zur Optimierung der Kongruenz zwischen Aktivierung und Wohlbefinden auf der Individualebene); als externer Indikator: Anteil der Bewohner, die an einer Aktivität teilnehmen, an allen aktivierbaren Bewohnern (risikoadjustiert) Erfasst die konkrete Umsetzung von Struktur- und Prozessqualität als wahrgenommenes Ergebnis auf der Bewohnerebene.

Dimension	Indikator	Instrument/ Operationalisierung	Literatur	Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	Bewertung/ Bemerkungen
Soziale Beziehungen, gelingende Kommunikation, Aktivitäten	37. Gestaltbarkeit, Inanspruchnahme und „Bewertung“ von Angeboten	<p>Befragung: Bewohner/ Heimvertretung/ Referenzperson Dokumentation durch Mitarbeiter</p> <p>Inanspruchnahme (falls gewünscht) von</p> <ul style="list-style-type: none"> – Spaziergängen / Ausflügen – Singen/ Chor – Beschäftigungstherapie – Gottesdienst – (...) <p>in HILDE: Teilnahmehäufigkeit an angeleiteten Aktivitäten und dabei erlebte „Freude“</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Soziale Aktivitäten 2. Sport und Bewegung 3. Spezielle Gruppenangebote für Demenzkranke <p>Informationsstand des Bewohners über angebotene Aktivitäten</p>	<p>IfG Heidelberg/ Psychiatrische Universitätsklinik Heidelberg (2006): H.I.L.DE - Heidelberger Instrument zur Lebensqualität Demenzkranker</p> <p>Nutzung soziokultureller Angebote als Qualitätsindikator: z.B. Edwards, Courtney & O'Reilly (2003)</p> <p>Verbraucherzentrale und MDK Rheinland-Pfalz (2008)</p> <p>Quality Framework Responsible Care (2007): The vision documents 'towards standards for responsible care' and 'Standards for Responsible Home Care' made operational for long term and/ or complex care.</p>	Durch Einrichtung beeinflussbar, wird zum einen durch die Angebotsstruktur, zum anderen durch die Vermittlung/ Unterstützung (durch Information/ Transport, Erinnerung und Motivation) zur tatsächlichen Teilhabe bestimmt.	<p>vorausgesetzt sind (a) entsprechende Angebote und (b) Hilfen bei der Inanspruchnahme; <u>Problem</u>: Teilnahme / Nichtteilnahme sind manipulierbar; Fremdbewertung der Angebote („Freude bei Teilnahme“) ist subjektiv</p> <p>Erfasst die konkrete Umsetzung von Struktur- und Prozessqualität als wahrgenommenes Ergebnis auf der Bewohnerebene.</p>
	Tagesgestaltung				

Dimension	Indikator	Instrument/ Operationalisierung	Literatur	Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	Bewertung/ Bemerkungen
Soziale Beziehungen (allgemein)	38. Intensität sozialer Kontakte zu Mitbewohnern/ Angehörigen/ Ehrenamtlichen/ Mitarbeitern	Befragung: Bewohner/ Heimvertretung/ Referenzperson/ Dokumentation durch Mitarbeiter 1. Mit wie vielen Mitbewohnern/ Angehörigen/ Ehrenamtlichen haben Sie Kontakt in Form eines Besuches? 2. Wünschen Sie sich mehr oder weniger Kontakt zu anderen Personen hier in Ihrer Wohnumgebung? 3. Was würden Sie gerne mit anderen Personen zusammen tun oder unternehmen? (Ströhlein 2004) - objektive Beurteilung: Häufigkeit/ Dauer von Kontakten - Haben die Pflegekräfte ausreichend Zeit für die Bewohner?	Ströhlein (2004): Soziale Netzwerke im Alter http://www.fernuni-hagen.de/OEKOPSYCH/Erhebungsinstrumente/FB-Netzwerke.pdf Murphy et al. (2007): Quality of life for older people living in long-stay settings in Ireland., Journal of Clinical Nursing. 16(11):2167-2177, November 2007 Engels und Pfeuffer (2009): Einbeziehung von Angehörigen und Freiwilligen, in: Schneekloth/ Wahl (2009): MuG IV Netten and Forder (2007): Social Policy & Society 6:3, 397 – 409, Cambridge University Press Murphy et al. (2007): Quality of life for older people living in long-stay settings in Ireland., Journal of Clinical Nursing. 16(11):2167-2177, November 2007 National Care standards. Care homes for older people. Scottish Executive Quality Framework Responsible Care (2007): The vision documents 'towards standards for responsible care' and 'Standards for Responsible Home Care' made operational for long term and/ or complex care.	Eine eingeschränkte Gestaltbarkeit seitens der Einrichtung ist gegeben, zum einen z.B. durch Konzepte der Einbeziehung von Freiwilligen, Angehörigen etc., zum anderen durch das Respektieren von Wünschen nach Zurückgezogenheit.	Punkt 1 bietet eine Annäherung dahingehend, inwiefern intensive soziale Kontakte, welche über Pflegeleistungen hinausreichen, bestehen. Vor allem Punkt 2 gibt Hinweise darauf, inwiefern individuell unterschiedlich ausgeprägten Bedürfnisse nach sozialen Kontakten innerhalb der Einrichtung gedeckt werden. Punkt 3. bietet Ansatzpunkte für interne Qualitätsverbesserungen auf der Angebotsebene.

Dimension	Indikator	Instrument/ Operationalisierung	Literatur	Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	Bewertung/ Bemerkungen
Kommunikation – Soziale Unterstützung	39. Verlässlicher Ansprechpartner/ Vertrauensperson	Befragung: Bewohner 1. „Manchmal spricht man mit anderen Menschen über ganz persönliche Dinge, wenn man sich z. B. Sorgen über jemanden macht oder wenn man Kummer hat. Kommt das bei Ihnen vor?“ 2. Bitte nennen Sie mir die Personen, mit denen Sie über solche persönlichen Dinge sprechen?“ (Ströhlein 2004)	Ströhlein (2004): Soziale Netzwerke im Alter http://www.fernuni-hagen.de/OEKOPSYCH/Erhebungsinstrumente/FB-Netzwerke.pdf	Eine eingeschränkte Gestaltbarkeit seitens der Einrichtung ist gegeben	Positives Ergebnis, wenn ein großer Teil der Bewohner unabhängig von ihrem persönlichen Umfeld einen Ansprechpartner benennen kann (auch außerhalb der Einrichtung). Das gute Ergebnis ergibt sich durch das <u>gelingende</u> Bereitstellen alternativer Bezugspersonen seitens der Einrichtung im Falle nicht vorhandener/ anwesender privater Bezugspersonen.
Kommunikation - Änderungsbedarf	40. Ergebnisse des Beschwerdemanagements	Befragung: Bewohner/ Heimvertretung/ Referenzperson Beschwerde war aus Nutzersicht wirksam oder wurde zufrieden stellend gelöst (wenn Beschwerdemanagement genutzt) 1. Wurden Abläufe nach einer Beschwerde verändert/ optimiert? 2. Ist der Kunde im Anschluss an den Beschwerdeprozess zufrieden gestellt? 3. Wird/ wurde geklärt, woher sich die Beschwerden ableiten lassen? (Mauelshagen, 2004)	Mauelshagen (2004): Qualitätsmanagement in der Altenpflege – FAQ. Bildungsverlag E1NS. König (2007): Was die PDL wissen muss. Das etwas andere Qualitäts-handbuch in der Altenpflege. 3. Auflage, schlütersche. Qualitätsbericht der Altenheime der Stadt Mönchengladbach (2008): Vergleich mit anderen Heimen in NRW)	Durch Einrichtung beeinflussbar.	Gemessen wird das Ergebnis der Prozessqualität des Beschwerdemanagements. Wesentlich für Ergebnisqualität ist Punkt 2. Die reine Anzahl an Beschwerden ist ein ungeeigneter Indikator, da eine geringe Anzahl an Beschwerden ein Hinweis auf hohe Zufriedenheit <u>oder</u> Ergebnis einer Atmosphäre (z. B. Angst, negative Erfahrungen mit Beschwerden in der Vergangenheit), in welcher Beschwerden oder Kritik nicht geäußert werden können, sein kann (hohe Anzahl an Beschwerden entsprechend umgekehrt).

Dimension	Indikator	Instrument/ Operationalisierung	Literatur	Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	Bewertung/ Bemerkungen
Soziale Beziehung zu Mitarbeitern	41. Respektvolle Behandlung	<p>Befragung: Bewohner/ Heimvertretung/ Referenzperson</p> <p><i>direkt:</i> Fühlen sie sich manchmal wie ein Kind behandelt?</p> <p><i>indirekt:</i> Finden Sie, dass kranke Bewohner manchmal wie ein Kind behandelt werden?</p> <p>Freundlichkeit der Mitarbeiter (i. d. R.)</p> <p>Erfolgt die Anrede wie gewünscht?</p> <p>Hören die Pflegekräfte aufmerksam zu? Gehen Sie auf das Gesagte angemessen ein?</p>	<p>Qualitätsbericht der Altenheime der Stadt Mönchengladbach (2008): Vergleich mit anderen Heimen in NRW)</p> <p>National Care standards. Care homes for older people. Scottish Executive</p> <p>Quality Framework Responsible Care (2007): The vision documents 'towards standards for responsible care' and 'Standards for Responsible Home Care' made operational for long term and/ or complex care.</p>	Durch Einrichtung beeinflussbar. (Pflegerisches Verhalten, erfassen und Umsetzung individueller Präferenzen des Bewohners)	Erfasst die konkrete Umsetzung von Pflegeleitbild und Prozessqualität als wahrgenommenes Ergebnis auf der Bewohnerebene.

Dimension	Indikator	Instrument/ Operationalisierung	Literatur	Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	Bewertung/ Bemerkungen
Psychische Gesundheit, emotionales Wohlbefinden	42. Verhältnis Therapie und Depressivität	Befragung: Mitarbeiter, Aktenanalyse 1. Werden Verfahren zur systematischen Erfassung von depressiven Störungen eingesetzt? 2. Werden angemessene therapeutische Interventionen eingeleitet/ durchgeführt?	Denise Meier (1995): Lebensqualität im Alter. Europäische Hochschulschriften Jenull-Schiefer und Janig (2004): Aktivierungsangebote in Pflegeheimen. Eine Studie zur Inanspruchnahme und Zufriedenheit. z. Gerontol. Geriat. 37:393-401. Wancata und Kaiser (2008): Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie, 21 (1), 2008, 11–19) Psychosoziale Dimensionen der psychosozialen Versorgung Parmele, 1989; ebenso Wancata et al., 2000a. zu Depressionen im Alter: „Zahlreiche Untersuchungen aus verschiedenen Ländern haben gezeigt, dass nur ein geringer Prozentsatz von Depressionen erkannt und adäquat behandelt wird“ HoNOS 65+ http://www.rcpsych.ac.uk/clinicalservicestandards/honos/olderadults.aspx	Eine Beeinflussbarkeit ist mittels einer systematischen Erfassung/ Screening/ Berücksichtigung von Depressivität der Bewohnerschaft seitens der Einrichtung/ Pflegekräfte und den daraus abgeleiteten Maßnahmen gegeben.	Auf der Ergebnisebene wäre hier das Verhältnis zwischen erfasster Depressivität und der <u>Umsetzung oder Anbahnung</u> therapeutischer Maßnahmen relevant. Problematischer Indikator, da ärztliche Anordnungen eine wesentliche Rolle spielen können.

Dimension	Indikator	Instrument/ Operationalisierung	Literatur	Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	Bewertung/ Bemerkungen
Psychische Gesundheit, emotionales Wohlbefinden	43. Privatheit	<p>Subjektiv ausreichende Rückzugsmöglichkeiten.</p> <p>Wahrung der Privatsphäre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es wird angeklopft, bevor jemand das Zimmer betritt • Der Bewohner hat Einfluss darauf, wer sein Zimmer betritt. • Eigentum des Bewohners wird nicht an andere weitergegeben, ohne Zustimmung des Bewohners. • Es wird nicht erwartet, dass der Bewohner fremde Kleidung trägt, ebenso wird keine Kleidung des Bewohners an andere weitergegeben. • Der Bewohner hat eine Möglichkeit im Zimmer etwas wegzuschließen. • Ausreichende Privatheit auf der Toilette - Rückzugsmöglichkeit mit Besuchern 	<p>Abschlussbericht erste Förderphase Projekt H.I.L.DE. (2006)</p> <p>Verbraucherzentrale und MDK Rheinland-Pfalz (2008)</p> <p>National Care standards. Care homes for older people. Scottish Executive</p> <p>Quality Framework Responsible Care (2007): The vision documents 'towards standards for responsible care' and 'Standards for Responsible Home Care' made operational for long term and/ or complex care.</p>	Deutlich beeinflussbar durch die Einrichtung.	Erfasst die konkrete Umsetzung von Struktur- und Prozessqualität als wahrgenommenes Ergebnis auf der Bewohnerebene.

Dimension	Indikator	Instrument/ Operationalisierung	Literatur	Beeinflussbarkeit durch die Einrichtung	Bewertung/ Bemerkungen
Psychische Gesundheit, emotionales Wohlbefinden	44. Emotionale Unterstützung	<p>1. Werden Emotionen systematisch beachtet/ unterstützt?</p> <p>z. B. mittels Einsatz von DCM oder anderer Verfahren?</p> <p>2. Bewohnerbefragung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Achten Pflegekräfte darauf, wie sich der Bewohner fühlt? • Macht der Bewohner sich häufig über etwas Sorgen? • Fühlt er sich einsam? • - Ist ein Seelsorger/ Therapeut o. ä. für den Bewohner erreichbar? 	<p>Quality Framework Responsible Care (2007): The vision documents "towards standards for responsible care" and "Standards for Responsible Home Care" made operational for long term and/ or complex care.</p>	<p>Beeinflussbarkeit ist in eingeschränktem Maße gegeben.</p> <p>Die Neigung zu häufigen Sorgen kann Ausdruck einer Depression sein und ggf. wenig beeinflussbar für die Einrichtung.</p>	<p>Erfasst die konkrete Umsetzung von Struktur- und Prozessqualität als wahrgenommenes Ergebnis auf der Bewohnerebene.</p> <p>Erfasst auf der Metaebene die Ergebnisse im Bereich soziale Kontakte.</p>