

# Qualität in der stationären Langzeitpflege – mehr als die Summe ihrer Teile

Heidmarie Kelleter<sup>1</sup>, Melanie Zirves<sup>2</sup>, Johannes Zenkert<sup>3</sup>

*Das deutsche Pflegewesen nutzt Indikatoren, um die Qualität der Versorgung sicherzustellen und transparent zu machen. Wechselwirkungen zwischen gesellschaftlichem Auftrag der Pflege und gesetzten Rahmenbedingungen führen jedoch zu ethischen Fragen. In dem Beitrag werden Diskussionspunkte fokussiert, die einerseits den Nutzen der Indikatoren nach § 113 SGB XI in der stationären Langzeitpflege mit ihren Kennzahlen für das interne Qualitätsmanagement zur Ergebnisqualität aufzeigen sowie andererseits die Bedeutung von Selbstbestimmtheit, Autonomie und Präferenzen der zu Pflegenden hervorheben. Auch werden Auswirkungen für die Pflegearbeit aufgegriffen. Ausgewählte Daten und Ergebnisse aus dem Lernprojekt indikatorengestützte Qualitätsförderung (inQS) bilden die Grundlage für die Reflexion.*

## Quality in inpatient long-term care – more than the sum of its parts

*The German care system uses indicators to ensure the quality of care and to make it transparent. However, interactions between the social mandate of care and set framework conditions lead to ethical questions. This article focuses on discussion points which, on the one hand, show the benefits of the indicators according to § 113 SGB XI in inpatient long-term care with their key figures for internal quality management for the quality of results, and, on the other hand, emphasise the importance of the self-determination, autonomy and preferences of those being cared for. Implications for nursing work are also addressed. Selected data and results from the learning project indikatorengestützte Qualitätsförderung (inQS) form the basis for reflection.*

### Korrespondenzadresse

Heidmarie Kelleter  
Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e.V.  
Georgstr. 7  
D-50676 Köln  
heidmarie.kelleter@caritasnet.de

Eingereicht am 21.11.2022  
Akzeptiert am 02.01.2023

DOI: 10.3936/2023pw4070

1 Dr. P.H.; Bereich Gesundheits-, Alten- und Behindertenhilfe, Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e.V.  
2 Doktorandin; Gerontological Research on Well-Being – NRW Forschungskolleg GROW, Universität zu Köln  
3 Dr.-Ing.; Institut für Wissensbasierte Systeme und Wissensmanagement, Universität Siegen

## Einleitung

In Deutschland leben rund 20% (818 000) der 4,1 Mio. Pflegebedürftigen derzeit in 15 400 Einrichtungen der teil- und vollstationären Langzeitpflege (Stand: 15.12.2020). Versorgt werden sie von 796 500 Beschäftigten in der Pflege (Statistisches Bundesamt, 2019). Statistisch stieg die Anzahl der Pflegeheime gegenüber dem Jahr 2017 um 6,2%, die Zahl mit vollstationärer Langzeitpflege um 0,7%. Ersichtlich ist insgesamt ein Zuwachs von 17 200 zugelassenen Pflegeheimplätzen (1,8%). Im gleichen Zeitraum stieg das Personal um 4,2% bzw. 31 800 Personen. Die meisten stationären Pflegeeinrichtungen (53%) befinden sich in freigemeinnütziger Trägerschaft. Im Durchschnitt hat jede Pflegeeinrichtung 62 Plätze, wobei rund 70% der Pflegebedürftigen in Einbett-Zimmern leben. Die Verteilung des Pflegeaufwandes zeigt sich seit 2017 in Pflegegraden. Grundsätzlich ist Pflege weiblich, sowohl im Hinblick auf das Personal (85%) als auch im Hinblick auf die Pflegebedürftigen (62%). Demografische Entwicklungen werden auch in der Altersstruktur der Pflegenden deutlich: Rund 39% der Altenpflegekräfte sind  $\geq 50$  Jahre alt (Statistisches Bundesamt, 2021).

Wie eine Institution gute Pflege gewährleisten kann und welche Kompetenzen Pflegenden haben sollten, wird seit Jahrzehnten diskutiert und mündet aktuell in die Debatte des Pflegenotstandes. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts eröffneten sogenannte Alten- und Rentnerheime, in denen sich Pflege als mütterlich-fürsorglich, aber auch durch säkular-pflegerisches Fachwissen gekennzeichnet durchsetzte. Es entstand erstmals eine Nachfrage nach spezialisiertem und qualifiziertem Personal. Gleichzeitig führte der sozialrechtliche Anspruch auf Versorgung im Alter dazu, dass ökonomisch-rationale Prinzipien an Bedeutung gewannen, was einen Konflikt zwischen ethischen, ökonomischen und fachlichen Interessen in der Altenpflegestruktur lancierte (Hergesell, 2019).

Entsprechend der sich wandelnden gesellschaftlichen Bedingungen verändern sich das Profil der professionellen Pflege und ihre Schwerpunkte. Sozialpolitische Vorgaben und die Nachfrage sind am Pflegemarkt bestimmende Einflussgrößen. Zudem wirken interne und externe Faktoren in die Strukturen von Organisationen hinein und lassen das Entstehen, was sich nach außen für Betrachtende abzeichnet. Dabei sind die Bedürfnisse der Organisationsmitglieder ein besonderer Einflussfaktor (Kieser & Kubicek, 1992). Die innere Struktur der Pflegeeinrichtungen betrachtend, zeigt sich einerseits eine funktionale Form mit Merkmalen der Arbeitsteilung und -zerlegung mit der Konzentration von Tätigkeiten sowie Aufgaben auf einen bestimmten wiederkehrenden Zeitpunkt. Andererseits werden ganzheitliche Formen der Arbeitsorganisation ersichtlich, wobei Tätigkeiten und Aufgaben zusammenhängend sowie berufsübergreifend aufeinander abgestimmt erbracht werden. Verschiedene Möglichkeiten der Arbeitsteilung führen zu unterschiedlichen Anforderungen an die Mitarbeitenden einer Pflegeeinrichtung, wobei die Aufteilung der Gesamtaufgabe einen höheren Aufwand zur Koordination erfordert (Kieser & Kubicek, 1992; Schmedes, 2021).

Die Pflegereform aus dem Jahr 1995, die eine fünfte Säule der Sozialversicherung einführte, stieß eine Vermarktlichung der Pflege an. Das damit einhergehende Pflege-Qualitätssicherungsgesetz sollte dazu dienen, die Pflegequalität unter Einhaltung der Expertenstandards und durch Qualitätsprüfungen seitens des Medizinischen Dienstes weiterzuentwickeln. Ein Mangel an Personal und ein Anstieg an Pflegebedürftigen mit komplexen Pflegebedarfen ließ Pflegesettings jedoch immer prekärer erscheinen. Die Reformen der Pflegegesetzgebung, die Ambulantisierung sowie die „Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensiven“ (BMFSFJ, 2015) für Pflegeberufe, das Rekrutieren von Quereinsteigenden und ausländischen Arbeitskräften brachte nicht den gewünschten Umschwung. 2009 wurden die Regelungen der jährlichen Quali-

tätsprüfung in Pflegeeinrichtungen im Pflegeweiterentwicklungsgesetz konkretisiert. Resultierende Prüfergebnisse in Noten wurden seit der Einführung der Pflege-transparenzvereinbarungen für die stationäre Pflege veröffentlicht. Damit sollte eine objektive Grundlage zur Bewertung der Leistung und Qualität von Pflegeeinrichtungen gewährleistet sein. Aufgrund bester Bewertungen fast aller Einrichtungen der Langzeitpflege standen die Pflegenoten jedoch in der Kritik, denn schließlich waren die Unterschiede von Pflegeeinrichtungen damit in den Transparenzberichten nicht mehr ersichtlich.

Mit der Einführung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Sozialgesetzbuch (SGB) XI sind weitere Veränderungen zur Pflegequalität und Personalbemessung verbunden, die insbesondere die stationäre Langzeitpflege hinsichtlich Personal- und Organisationsentwicklung betreffen. Gesetzlich verankerte Vorgaben sollen möglichen Nutzerinnen und Nutzern Transparenz über die Ergebnisqualität der stationären Langzeitpflege verschaffen und ihnen eine Entscheidungshilfe bei der Pflegeeinrichtungsauswahl offerieren. Die Bewertung dieser Qualität fokussiert in § 113 SGB XI (BMG, 2018) seit 1. Oktober 2019 die Ergebnisse der Versorgung (Outcome), die mittels speziell entwickelter Indikatoren (Wingenfeld, Kleina, Franz, Engels, Mehlan & Engel, 2011) gemessen und über Kennzahlen ausgewiesen werden. Das Verfahren ist mit externen Qualitätsprüfungen gekoppelt (Wingenfeld, Stegbauer, Willms, Voigt & Woitzik, 2018; BMG, 2018). Unabhängig differenter Ausstattungsmerkmale und Versorgungskonzeptionen sollen Pflegeeinrichtungen entsprechend dieser Regelungen für potenzielle Nutzerinnen und Nutzer vergleichbar sein. Trotz der hohen Bedeutung für potenzielle Nutzerinnen und Nutzer, die Qualität vergleichen zu können, ist bis dato kein offeriertes Outcome der Pflegeeinrichtungen veröffentlicht. Jedoch finden sich die Berichte der Prüfung der Medizinischen Dienste in den Internetportalen der Pflegekassen und der geprüften Pflegeeinrichtungen.

Die Diskussion in der stationären Altenhilfe wird zunehmend um die Notwendigkeit erweitert, nicht nur den gesetzlichen Rahmen zur Pflegebedürftigkeit und die Pflegequalität zu definieren, sondern sich auch konkret mit der Umsetzung von Versorgungsqualität unter Einbezug der Präferenzen von Pflegebedürftigen und den dafür zur Verfügung stehenden Kapazitäten zu befassen.

## Hintergrund und Motivation

Der vorliegende Beitrag setzt sich im Folgenden mit den aktuellen normativen Setzungen zur Pflegequalität auseinander. Um Implikationen abzuleiten, die mit dem Pflegequalitätsansatz der Indikatoren (Wingenfeld et al., 2011; BMG, 2018) verbunden sind, werden Ergebnisse aus dem dreijährigen Projekt indikatorengestützte Qualitätssförderung (inQS) herangezogen, in dem das Verfahren umgesetzt wurde. Im Fokus stehen folgende Fragestellungen:

- Welchen Nutzen haben Indikatoren und Kennzahlen für das interne Qualitätsmanagement der Einrichtungen in der stationären Langzeitpflege?
- Welche Bedeutung haben sie für Selbstbestimmtheit, Autonomie und Präferenzen der zu Pflegenden in den Einrichtungen?
- Welche Auswirkungen zeigen sich für die Arbeit der Pflegenden in den Einrichtungen?

Qualität ist komplex und hat neben der alltagsgeläufigen Ansicht von guter Arbeit mehrere Dimensionen. Sie wird zum Teil verstanden als Ergebnis, in das Gesellschaftsdiskussionen über Werte, Normen und Interessen einfließen, die mit den Interessen von Akteuren verbunden sind. In der Pflege wird sie häufig unter ethischen Aspekten verknüpft mit Nächstenliebe,

Humanität, Menschenwürde und Lebensqualität. Gleich ist allen Modellen von Qualität nicht nur der Anspruch auf Effizienz und Effektivität, sondern auch Qualitätskontrolle, Qualitätssicherung und integriertes Qualitätsmanagement (Seghezzi, Fahmi, Friedli, 2013). Werden Anspruchs- und Erwartungshaltung in Pflegeeinrichtungen nicht erfüllt, entsteht ein moralisches Konfliktfeld. Qualität soll demnach Forderungen erfüllen. Hierzu müssen diese jedoch zunächst bekannt sein. Um hohen Ansprüchen gerecht zu werden, kommt es auf die Qualität der Arbeit eines jeden Einzelnen an (Seghezzi et al., 2013).

Zur vorgehaltenen Qualität der Pflege in einer Einrichtung der stationären Langzeitpflege lassen sich mehrere beeinflussende Faktoren ausmachen: Personalmix und Kapazität an Personal, Struktur der Bewohnerschaft, Ablauforganisation, Organisations- und Führungskultur, Kommunikation und Digitalisierung (Behrendt, Tsiasioti, Willms, Stammann, Hasseler, Krebs, Katzmarzyk, Studinski, Özdes, Klauber, Schwinger, 2022). Diese strukturellen Determinanten wirken sowohl eigenständig als auch zusammen, sodass es eine Herausforderung ist, zu ermitteln, welche Determinanten für welches Outcome ausschlaggebend sind. Der Zusammenhang zwischen dem physischen Outcome, der Lebensqualität der Pflegebedürftigen und organisationalen Faktoren wie der Quantität und Qualität des Personals wurde wiederholt in Forschungsstudien dokumentiert (z. B. Zimmermann, Swora, Pfaff, Zank, 2019), wobei Qualitätsmaße wie Dekubitus, Stürze mit schweren Folgen, Medikationsfehler, Patientinnen- und Patientenzufriedenheit, Zufriedenheit der Bewohnerschaft, Depressionen und Ängste fokussiert wurden. Verschiedene Studien (z. B. Harrington et al., 2020) belegen beispielsweise, dass sich ein hohes Verhältnis von Personal zu Pflegebedürftigen sowie ein hoher Anteil an examiniertem Fachpersonal positiv auf das Bewohnerinnen- und Bewohner-Outcome auswirken, da eine gute Personalausstattung maßgeblich dazu beiträgt, dass Pflegenden ihren Aufgaben nachkommen können. Somit kann sich die Personalstruktur auf andere Struktur-, aber auch Prozess- und Ergebnisdeterminanten der Versorgungsqualität auswirken. Gesundheitliche Einschränkungen sind im Alter jedoch nur schwer rückgängig zu machen und implizieren zumeist, dass sich der Zustand von Pflegebedürftigen kontinuierlich verschlechtert, auch wenn genügend und gut ausgebildetes Personal in einer Einrichtung tätig ist (Arling, Kane, Mueller, Bershady, Degenholtz, 2007). Vorliegende Ergebnisse (z. B. Zirves, Demirel, Pfaff, 2021) veranschaulichen aber zum Beispiel auf der anderen Seite, dass individuelle Fähigkeiten einen größeren Einfluss darauf haben, wie gut es älteren Menschen gelingt, ihren Alltag selbstständig zu organisieren und soziale Kontakte zu pflegen, als organisationale Determinanten. Inwieweit dabei Qualitätsindikatoren bei der Frage nach den maßgeblichen Einflüssen nützlich sind, wurde im Lernprojekt inQS aufgezeigt.

## Beschreibung des Projekts

Bereits in verschiedenen Projekten (Kelleter, 2017) wurde das Indikatorenverfahren zur Ergebnisqualität erprobt. Im Projekt inQS zeigten sich Implikationen, die mit einem solchen Ansatz verbunden sind. Zwischen Januar 2017 und Dezember 2019 beteiligten sich 284 Einrichtungen der stationären Langzeitpflege an diesem Projekt (siehe Tabelle 1).

Verbunden mit dem webbasierten Projekt war das Anliegen, die bedarfsorientierte Versorgung mittels Indikatoren sowie das Outcome in den beteiligten Pflegeeinrichtungen zu verbessern. Die Grundlage hierfür bildeten die Qualitätsindikatoren, die seit dem 1. Oktober 2019 in der Pflegeversicherung (BMG, 2018) vorgesehen sind. Weitere Qualitätsaspekte, die Personal- und Organisationsdeterminanten betrafen, wurden ebenfalls erfasst. Im

Anzahl vollstationäre Plätze	Anzahl Einrichtungen (n=284)
≤ 50	42
51-75	58
76-100	93
101-150	77
> 151	14

*Tabelle 1: Platzzahl in inQS-Projekteinrichtungen im gesamten Projektzeitraum*

dreijährigen Projektzeitraum wurden Daten von 34 109 Pflegebedürftigen mit insgesamt 89 583 digitalen Erfassungen einbezogen. Die Erfassung, Speicherung und Verarbeitung der personenbezogenen Informationen konnte entsprechend der Regelungen des Datenschutzes nur mit persönlicher Zustimmung erfolgen. Dazu wurden die Daten pseudonymisiert und kodiert. Die mindestens einjährige Teilnahme war jedoch mit Anforderungen für Pflegeeinrichtungen verbunden, die beispielsweise die Schulung der zu erfassenden Pflegefachpersonen beinhaltete. Auch sollten Projekthinhalte und die Ergebnisse in das interne Qualitätsmanagement implementiert und dazu personelle Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Für die Erfassung der Daten innerhalb eines periodischen Zeitraums, zu denen auch Angaben zur Personalkapazität gehörten, mussten die Pflegeeinrichtungen mit Informationstechnologien und Internetzugang ausgestattet sein. Verbindlich war zudem die Reflexion der Qualitätsvergleiche sowie die Mitwirkung an der Evaluation im inQS-Projekt. Partizipativ sollten auch die Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörigen an den Ergebnissen in den Projekteinrichtungen teilhaben. Darüber hinaus erlaubte ein Verfahren der Wissensentdeckung in Datenbanken, auch als Data Mining (Zenkert, Klahold & Fathi, 2018) bezeichnet, weitere Zusammenhänge aus der Datenbasis zu ermitteln und statistisch auszuwerten. Zur Erkennung von Ausreißern und sinnvollen Gruppierungen von Daten wurden Clustering-Auswertungen durchgeführt.

Zugleich rückten mit den Daten die Pflegebedarfe und die Versorgungskonzeptionen der Pflegeeinrichtungen in den Blick (vgl. auch Rothgang, Cordes, Fünfstück, Heinze, Kalwitzki, Stolle, Kloep, Krempa, Matzner, Zenz, Sticht, Görres, Darmann-Finck, Wolf-Ostermann, Brannath, Becke, 2020). Die im Rahmen der Indikatoren erhobenen Kennzahlen lieferten Informationen für das interne Qualitätsmanagement einer Pflegeeinrichtung. Für die Wirksamkeit entsprechend des PDCA-Zyklus (Seghezzi et al., 2013) waren diese Qualitätskennzahlen und ihre Bedeutung in der Organisation zu reflektieren. Entsprechend einer lernenden Organisation (Argyris & Schön, 2018) war es den Pflegeeinrichtungen somit intern möglich, ihre Versorgungsqualität weiter zu entwickeln. Beispielsweise stand die Förderung von Pflegekompetenzen (BMBF & KMK, 2013) des Personals im Fokus, wenn es um die Steuerung des Pflegeprozesses oder die Bedeutung präventiver Interventionen bei Pflegebedürftigen ging.

Die im jeweiligen Sozialraum eingebetteten Pflegeeinrichtungen befanden sich sowohl im ländlichen als auch städtischen Bereich (bis hin zum Großstadtbereich). Bezüglich der Platzzahl, der Versorgungskonzeption sowie der Ausstattungsmerkmale differierten die beteiligten Einrichtungen, jedoch lag bei allen ein Versorgungsauftrag nach SGB XI vor. Zur Erhebung der Daten wurden von Pflegefachpersonen der 284 Einrichtungen der stationären Langzeitpflege von Januar 2017 bis Dezember 2019 digitale Fragebögen zu teilnehmenden Pflegebedürftigen in einer Webapplikation nach den Regeln des Projektes zur Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe (Wingefeld et al., 2011) in Vollerhebung periodisch zweimal im Jahr ausgefüllt. Diese Fragebögen waren in 17

Kategorien eingeteilt und berücksichtigten die Vorgaben der Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 des Elften Sozialgesetzbuches (SGB XI) in der vollstationären Pflege (BMG, 2018). Einbezogen in die Kategorien waren bis zu 16 Fragen zu den Items der Module zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (MDS/GKV 2021). Sie gaben Auskunft über allgemeine Personendaten, Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, Bewältigung von und selbständiger Umgang mit Krankheits-/ und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen, Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte, Dekubitus, Körpergröße und Gewicht, Sturzfolgen, freiheitsentziehende Maßnahmen, Schmerzen, Einzug in die Pflegeeinrichtung, Einschätzung von Verhaltensweisen, Medikamente, Bewegungseinschränkungen sowie die Dokumentation.

Allein im dritten Projektjahr wurden mehr als 1 500 Pflegefachpersonen in die Erfassungen einbezogen (Kelleter, 2020). Die Online-Erfassung wurde mit internen Schulungen sowie einem Rollenkonzept für die Anwenderinnen und Anwender verbunden. Dafür wurden Einzel- oder Gruppenschulungen begrenzt auf maximal vier Pflegefachpersonen empfohlen, die auch (Lern-) Barrieren und Determinanten berücksichtigten - wie z.B. individuelle Merkmale der Mitarbeitenden, vor allem bezogen auf die (Fach-) Kompetenzen. Für die Erfassung der Daten wurden nur Anwenderinnen und Anwender mit Qualifikationsniveau 4 (Kelleter & Herfen, 2019a) einbezogen, die entsprechend geschult wurden.

Zur Einleitung handlungsleitender Interventionen sollte die Interpretation der Outcomes von Pflegefachpersonen mit Qualifikationsniveau 5 erfolgen. Basierend auf den Evaluationen der vorherigen Projektphasen sollte die interne Auswahl der Anwenderinnen und Anwender in den Projekteinrichtungen mithilfe der entwickelten Fragebögen zur Personalentwicklung des Anforderungs- und Qualifikationsrahmens für den Beschäftigungsbereich der Pflege und persönlichen Assistenz älterer Menschen (Knigge-Demal, Hundenborn & Eylmann, 2013) unterstützt werden. Aufgrund vorliegender Expertisen wurde den Projekteinrichtungen zur Steuerung der Fallbesprechung und der Prozesse aus der Fallbesprechung empfohlen, entsprechend des Deutschen Qualifikationsrahmens eine Pflegefachperson mit Qualifikationsniveau 6 oder höher zu beauftragen (Kelleter & Herfen, 2019b).

Tabelle 2 zeigt den Zeitverlauf im Hinblick auf die beteiligten Einrichtungen und Pflegebedürftigen. Gemäß der zuvor angeführten Regeln wurde jeweils nicht die Gesamtzahl der Pflegebedürftigen in einer Einrichtung mittels Indikatoren erfasst. Aus Organisationsgründen und aufgrund von Personalfuktuation (u. a. Wechsel der verantwortlichen Pflegefachperson) variierte zudem die Anzahl der Projekteinrichtungen je Erhebung.

Die meisten einbezogenen Pflegebedürftigen (74,4%) waren in der Gruppierung des Pflegegrads 3-5. Drei Viertel waren ≥ 80 Jahre alt, der Anteil an weiblichen Personen lag bei 74,8%. Eine Diagnose Demenz wurde für 38,2% der Pflegebedürftigen angegeben, wobei eine ungleiche Verteilung der Fälle in den beteiligten Einrichtungen deutlich wurde. 14 der am Projekt beteiligten

Einrichtungen gaben an, Pflegebedürftige mit Demenzsymptomatik mittels segregativem Konzept zu versorgen. Im überwiegenden Teil der Projekteinrichtungen lagen Mischformen aus integrativen oder integrativ/segregativen Konzepten vor.

In einer MySQL-Datenbank wurden die Daten über alle Erfassungszeiträume hinweg gespeichert und waren auf einer Website (<https://app.inqs.online>) für befugte Nutzerinnen und Nutzer der Administrator- und Benutzer-Gruppen abrufbar. Die Daten wurden vom kooperierenden Institut für Wissensbasierte Systeme und Wissensmanagement der Universität Siegen ausgewertet, statistisch plausibilisiert und mit den Bewertungsregeln bis in die festgelegte Organisationseinheit in einem Kennzahlenbericht als vergleichende Übersicht zu jedem Qualitätsindikator dargestellt. Ein Rollenkonzept regelte den verschiedenen Zugang und ermöglichte in den Erhebungszeiträumen das Eingeben von Daten sowie anschließend das Abrufen von Auswertungen. Die Auswertungen zur Einschätzung von Pflegebedürftigkeit gemäß MDS & GKV (2021) sowie entsprechend der in Wingenfeld et al. (2018) und dem BMG (2018) beschriebenen Qualitätsbereiche wurden explizit für die teilnehmenden Einrichtungen in der Webapplikation farblich gekennzeichnet und waren mit Abschluss des Erhebungszeitraumes direkt abrufbar. Hierzu wurde von den Projektbeteiligten eine Farbpalette für die definierten Referenzwerte (Wingenfeld et al., 2018; BMG, 2018) präferiert, die mittels Ampelsignalen für das interne Qualitätsmanagement wirken sollte. Auch deshalb wurden zudem die Kennzahlen für jede intern definierte Organisationseinheit (z. B. eines Wohnbereiches) ausgewiesen. Ebenfalls wurden dazu die pseudonymisierten Fälle mittels Codes aufgelistet, bei denen beispielsweise ein Dekubitus ab Kategorie II in der Einrichtung entstanden war. Relevante Ausschlussgründe und weitere im Projekt in QS vereinbarte Gruppierungen der Indikatoren wurden den Einrichtungen durch eine begleitende Dokumentation zur Verfügung gestellt.

Die Anzahl nicht abgeschlossener Fragebögen aufgrund technischer Probleme oder nicht vorhandener Einwilligungserklärung lag durchgehend unter 1% je Erfassung. Zwar wurden alle Pflegebedürftigen der Einrichtungen intern erfasst, jedoch verkleinerte sich aufgrund der Ausschlussgründe für die Indikatoren nach Wingenfeld et al. (2018) und dem BMG (2018) die Anzahl der ausgewerteten Fälle deutlich. So wurden beispielsweise bei der Qualitätsbeurteilung der Pflegeeinrichtungen entsprechend im Hinblick auf den Indikator „Erhaltene Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte“ im Durchschnitt 38% der Gesamtheit aller Pflegebedürftigen einbezogen.

Abbildung 1 zeigt exemplarisch die Auswertung einiger Indikatoren nach der zweiten Erfassung im Jahr 2019, die in Vergleich zueinander gesetzt werden konnten. Die Spalte Gesamt weist die Qualitätsergebnisse für die Pflegeeinrichtung aus, die als Informationen für mögliche Nutzerinnen und Nutzer der Pflegeeinrichtungen in einem veröffentlichten Qualitätsbericht (BMG, 2018) zur Verfügung stehen sollten. Im dargestellten Kennzahlenbericht wurden die Ergebnisse für das interne Qualitätsmanagement entsprechend der einbezogenen Pflegebedürftigen in den vier Organisationseinheiten (Wohnbereichen) und analog mit farblicher Zuordnung ausgewiesen. Insgesamt wurden in der Einrichtung Daten

Erhebungsintervalle	1_2017	2_2017	1_2018	2_2018	1_2019	2_2019
Anzahl der Einrichtungen (n)	147	146	149	145	220	198
Gesamtzahl der Pflegebedürftigen in den Einrichtungen	12327	13867	13703	13375	18855	17357
Anzahl der Pflegebedürftigen mit Indikatorenerfassung	9767	10088	9919	9858	14915	13561

Tabelle 2: Einrichtungen und Pflegebedürftige im Zeitverlauf von sechs Erhebungen

22 Fälle von 121 wurden in die Bewertung einbezogen. Für 20 Fälle zeigte sich als Ergebnis ein Erhalt der Mobilität von 90,9%.

**Gesamt = Ergebnis der Pflegeeinrichtung und dessen Aufteilung jeweils in die 4 Organisationseinheiten.**

	Gesamt	E46. W15	E46.W14	E46.W13	E46.W12
Bewohner*innen mit Indikatorenerfassung gesamt	121	20	33	35	33
Erhaltene Mobilität (1)	<b>90.9% (20 von 22)</b>	100.0% (2 von 2)	91.7% (11 von 12)	100.0% (3 von 3)	80.0% (4 von 5)
Erhaltene Mobilität (2)	<b>55.7% (44 von 79)</b>	33.3% (5 von 15)	58.8% (10 von 17)	63.0% (17 von 27)	60.0% (12 von 20)
Erhaltene Selbständigkeit bei alltäglichen Verrichtungen (1)	<b>81.8% (18 von 22)</b>	100.0% (2 von 2)	75.0% (9 von 12)	66.7% (2 von 3)	100.0% (5 von 5)
Erhaltene Selbständigkeit bei alltäglichen Verrichtungen (2)	<b>43.0% (34 von 79)</b>	20.0% (3 von 15)	29.4% (5 von 17)	51.9% (14 von 27)	60.0% (12 von 20)
Erhaltene Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	<b>74.1% (40 von 54)</b>	100.0% (2 von 2)	66.7% (14 von 21)	<b>73.3% (11 von 15)</b>	81.3% (13 von 16)
Dekubitusentstehung (niedriges Risiko)	<b>0.0% (0 von 86)</b>	0.0% (0 von 14)	0.0% (0 von 29)	0.0% (0 von 19)	0.0% (0 von 24)
Dekubitusentstehung (hohes Risiko)	<b>11.4% (4 von 35)</b>	0.0% (0 von 6)	<b>25.0% (1 von 4)</b>	18.8% (3 von 16)	0.0% (0 von 9)
Schwerwiegende Sturzfolgen (1)	<b>0.0% (0 von 27)</b>	0.0% (0 von 2)	0.0% (0 von 13)	0.0% (0 von 6)	0.0% (0 von 6)
Schwerwiegende Sturzfolgen (2)	<b>9.6% (9 von 94)</b>	11.1% (2 von 18)	5.0% (1 von 20)	<b>6.9% (2 von 29)</b>	<b>14.8% (4 von 27)</b>
Unbeabsichtigter Gewichtsverlust (1)	<b>0.0% (0 von 18)</b>	0.0% (0 von 1)	0.0% (0 von 9)	0.0% (0 von 3)	0.0% (0 von 5)

Qualitätsindikator: Dekubitusentstehung  
 Niedriges Risiko: Fälle, die in liegender Position keine oder nur geringe Einbußen der Mobilität aufweisen.  
 Hohes Risiko: Fälle, die in liegender Position starke Einbußen der Mobilität aufweisen.

Abbildung 1: Beispielauswertung mit Indikatoren aus einem Kennzahlenbericht

von 121 Fällen erfasst. Zur Beurteilung des Indikators „Erhalt von Mobilität“ wurden von 121 Fällen lediglich 22 Fälle einbezogen. In 20 Fällen zeigte sich ein Erhalt von Mobilität bei den Pflegebedürftigen, so dass ein Wert von 90,9% ausgewiesen wurde.

Die Projekteinrichtungen konnten aus der Webapplikation sowohl die Ergebnisse in Form von Kennzahlen als auch die Beschreibungen für die Reflektion einsehen, exportieren und sie damit als Entscheidungsgrundlage für Implikationen zur Personalplanung, zur bedarfsorientierten Fortbildung und für die allgemeine Versorgung nutzen. Darüber hinaus wurde mithilfe von Data-Mining-Methoden der Datensatz im inQS-Projekt mit dem Ziel untersucht, bisher unerkannte Zusammenhänge zu pflegerlevanten Risiken zu finden und zu evaluieren. Bei den Risiken handelte es sich vor allem um im Alter häufig auftretende Phänomene für Krankheit bzw. Diagnosen, Sturzgefahr oder Dekubitus. Auswertungen konnten dabei beispielsweise zeigen, in welchen Punkten sich der Zustand von Pflegebedürftigen nach einem Sturz veränderte bzw. welche körperlichen und kognitiven Auffälligkeiten Pflegebedürftige zuvor aufwiesen, die einen Sturz erlebten.

Im Weiteren wurden Zusammenhänge des Sturzereignisses und der Dekubitusentstehung innerhalb der Daten mithilfe der Assoziationsanalyse untersucht. Die lineare und nicht-lineare Regressionsanalyse, die mit einer Support Vector Machine arbeitet, wurde zur Erklärung von Zusammenhängen zwischen den zwei Modulen 1 (Mobilität) und 2 (Kognitive und Kommunikative Fähigkeiten) zur Einschätzung der Pflegebedürftigkeit eingesetzt (MDS & GKV, 2021). In Modul 1 fließen motorische Aspekte wie Körperkraft, Balance und Bewegungskoordination ein. Modul 2 beschreibt die kognitiven Funktionen und Aktivitäten durch Aspekte wie Erkennen, Entscheiden oder Steuern. Die Kommunikation berücksichtigt auch Auswirkungen von Hör-, Sprech- oder Sprachstörungen. Um die Eingruppierung in Pflegegrade anhand der Modulbewertungen zu modellieren, wurde die Clusteranalyse verwendet.

Ziel einer Assoziationsanalyse ist es, aus Attributen von Objekten Regeln zu gewinnen, die das gemeinsame Auftreten von Attributausprägungen beschreiben. Die Assoziationsanalyse kann als erklärungsorientiert beschrieben werden und ist eine gängige

Data-Mining-Methode (Agrawal, Imielinski & Swami, 1993). Im Gegensatz zur Klassifikation kann bei der Assoziationsanalyse die Güte der Regeln nicht anhand eines Modells überprüft werden, da die richtigen Zusammenhänge nicht vorgegeben sind. Um dennoch die Güte zu prüfen, wird spezielles Domänenwissen benötigt. Bei der Assoziationsanalyse wurde die Datenbank mit dem Apriori-Algorithmus und dem FP-Growth-Algorithmus untersucht. Für schwerwiegende Sturzfolgen und die Dekubitusentstehung wurde eine Merkmalsbestimmung der Fragenbogen-Items durchgeführt und somit wurden durch die Verfahren sowohl Regeln für die Datengrundlage generiert, die sich auf die Fälle von Pflegebedürftigen bezogen, die ein angegebenes Risiko (einfaches bzw. mehrfaches Sturz- bzw. Dekubitusereignis) aufwiesen, als auch Regeln, die sich auf die Pflegebedürftigen bezogen, die die angegebenen Risiken nicht aufwiesen.

Erkennbar für schwerwiegende Sturzfolgen war in der Analyse ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Diagnose Demenz und der überwiegend sitzenden Position außerhalb des Bettes. Die Sitzposition konnte dabei selbständig gehalten werden. Pflegebedürftige, die mehrmals stürzten, gingen zwischendurch einige Schritte und hatten laut Pflegedokumentation kein Dekubitusrisiko. Für die Dekubitusentstehung bei Pflegebedürftigen lag gemäß der Assoziationsanalyse der Datenbank statistisch signifikant eine ausschließlich sitzende oder liegende Position vor. Die Fortbewegung im Wohnbereich fand immer oder fast immer im Rollstuhl statt. Typischerweise lag die Diagnose Demenz vor. Das Umsetzen und Treppensteigen war mit „unselbstständig“ definiert. Alle Pflegebedürftigen, die mit dem Dekubitusereignis assoziiert wurden, wiesen laut der Angaben in der Pflegedokumentation ein Dekubitusrisiko auf.

Im Hinblick auf Dekubitus und Mobilität wurde ersichtlich, dass in Einrichtungen mit einer überwiegend mobilen Klientel das Risiko einer Dekubitusentstehung deutlich geringer ausfiel als in solchen Einrichtungen, die einen hohen Anteil an bewegungsunfähigen Personen in liegender Position oder im Rollstuhl Sitzende hatten. Der Qualitätsindikator weist darauf hin, inwieweit Pflegebedürftige zur Bewegung im Bett mobilisiert werden konnten, doch auch langes Sitzen bei fehlenden Positionsveränderungen

im Rollstuhl kann zur Entstehung eines Dekubitus beitragen. Aus pflegfachlicher Sicht ist daher erforderlich, nach der individuellen Risikoeinschätzung entsprechende handlungsleitende Interventionen zur Mobilität einzuleiten. Mobilitätsfördernde Interventionen können gleichfalls zur Vermeidung von Stürzen beitragen.

Der Zusammenhang zwischen Modul 1 (Mobilität) und Modul 2 (Kognitive und kommunikative Fähigkeiten) wurde durch eine Regressionsanalyse ausgewertet. Dabei wurden die Zusammenhänge der Items der Fragebögen aller einbezogenen Pflegebedürftigen algorithmisch linear und nicht-linear mit einer Support Vector Machine untersucht. Neben der Modellierung des linearen Zusammenhangs zwischen Modul 1 und Modul 2 zur Vorhersage von Modulwerten wurden auch mögliche Auffälligkeiten analysiert. Grundlage dieser Vorhersage war die Summe, die sich aus der Punktevergabe der Items des jeweiligen Moduls ergab.

Dabei ließen sich drei Klassen feststellen:

- Uneingeschränkt mobile Pflegebedürftige oder Pflegebedürftige mit lediglich geringer Beeinträchtigung in der Mobilität bei gleichzeitig geringer Einschränkung in kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten bildeten die erste Klasse. Diese ist in Abbildung 2 im Zusammenhang zwischen der Summe in Modul 1 und der Summe in Modul 2 im Bereich der geringen Beeinträchtigung (grün) zu finden. Die Charakteristik lautet für Modul 1: 0-7,5 Punkte und für Modul 2: 0-11 Punkte.
- Die zweite Klasse wurde aus uneingeschränkt mobilen Pflegebedürftigen oder Pflegebedürftigen mit lediglich geringer Beeinträchtigung der Mobilität und gleichzeitig starker Beeinträchtigung der Kognition und Kommunikation gebildet. Fähigkeiten waren in geringem Maße oder nicht mehr vorhanden. Diese Klasse bildete den überwiegenden Teil der Pflegebedürftigen im Projekt ab. In Abbildung 2 ist die Klasse mit Charakteristik für Modul 1: 0-7,5 Punkte und für Modul 2: 14-31 Punkte (orange) zu finden.
- Die dritte deutlich erkennbare Klasse enthielt Pflegebedürftige mit starker Beeinträchtigung der Mobilität und starken Beeinträchtigungen der Kognition sowie Kommunikation. Fähigkeiten der Kognition und Kommunikation waren oftmals nicht mehr vorhanden. In Abbildung 2 sind sie im Bereich der starken Beeinträchtigung (rot) zu finden. Als Charakteristik gilt für Modul 1: ab 7,5 Punkte, für Modul 2: ab 22 Punkte.

Mithilfe der Clusteranalyse wurden die Daten weiter untersucht, um die Merkmalsausprägung „Pflegergrad“ anhand der Modulbewertungen (Summe, die sich aus der Punktevergabe der Items in

Modul 1, 2, 3, 4 und 6 ergibt) algorithmisch einzugruppieren. Ziel dieser Analyse war die automatische Einordnung bzw. Strukturierung der Daten mithilfe von Mustern in der Datenbasis. Die Methodik des k-Means Clustering ist dabei folgende:

- Vorgabe: Anzahl  $k$  der erwarteten Klassen (hier  $k=5$ )
- Starte mit beliebiger Partitionierung der Daten in  $k$  Klassen
- Berechne die  $k$  Mittelwerte
- Ordne die Daten dem jeweils nächsten Mittelwert zu. Dies ergibt eine neue Partitionierung, von der erneut die Mittelwerte berechnet werden, usw.
- Die Summe der Distanzen der Trainingsmuster zu ihren Mittelwerten ist monoton fallend. Das Verfahren wird fortgesetzt, bis sich dieser Wert nicht mehr maßgeblich ändert.
- Optimierungsproblem:  $\sum_{i=1}^k \sum_{x_j \in S_i} \|x_j - \mu_i\|^2$  mit Datenpunkten  $x_j$  und den Schwerpunkten  $\mu_i$  der Cluster  $S_i$  (Methode der kleinsten Quadrate, Clustering durch Varianzminimierung).
- $\|x_j - \mu_i\|^2$  ist die quadrierte Euklidische Distanz, k-Means ordnet somit effektiv jedes Objekt dem nächstgelegenen Clusterschwerpunkt zu.
- Die Ergebnisse des Clustering-Verfahrens lieferten die in Tabelle 3 abgebildete Verteilung.

Als Interpretation der Ergebnisse aus Tabelle 3 und Abbildung 3 lässt sich feststellen, dass das Cluster  $C_4$  mit einem Anteil von 67,50% überwiegend von Pflegegrad 5 repräsentiert wird. Auch ist Pflegegrad 4 mit 26,44% in  $C_4$  deutlich überrepräsentiert. Das Cluster  $C_5$  wird überwiegend von Pflegegrad 4 repräsentiert, Cluster  $C_1$  überwiegend von Pflegegrad 2. Das Cluster  $C_2$  weist mit 51% große Anteile von Pflegegrad 3 auf. Das Cluster  $C_3$  stellt die Zwischenstufe zwischen dem Cluster  $C_4$  und dem Cluster  $C_5$  dar

Pflegergrad (Zuordnung in Prozent)	$C_1$	$C_2$	$C_3$	$C_4$	$C_5$
Unbekannt	8,51	1,07	0,72	0,74	0,64
1	3,56	0,37	0,03	0,03	0,05
2	50,96	18,96	3,12	1,10	4,74
3	31,26	51,00	13,66	4,18	26,78
4	5,60	27,10	47,97	26,44	55,13
5	0,12	1,50	34,49	67,50	12,67

Tabelle 3: Pflegetrad-Verteilung durch k-Means auf fünf Cluster mithilfe des Summenwertes der Module 1, 2, 3, 4 und 6

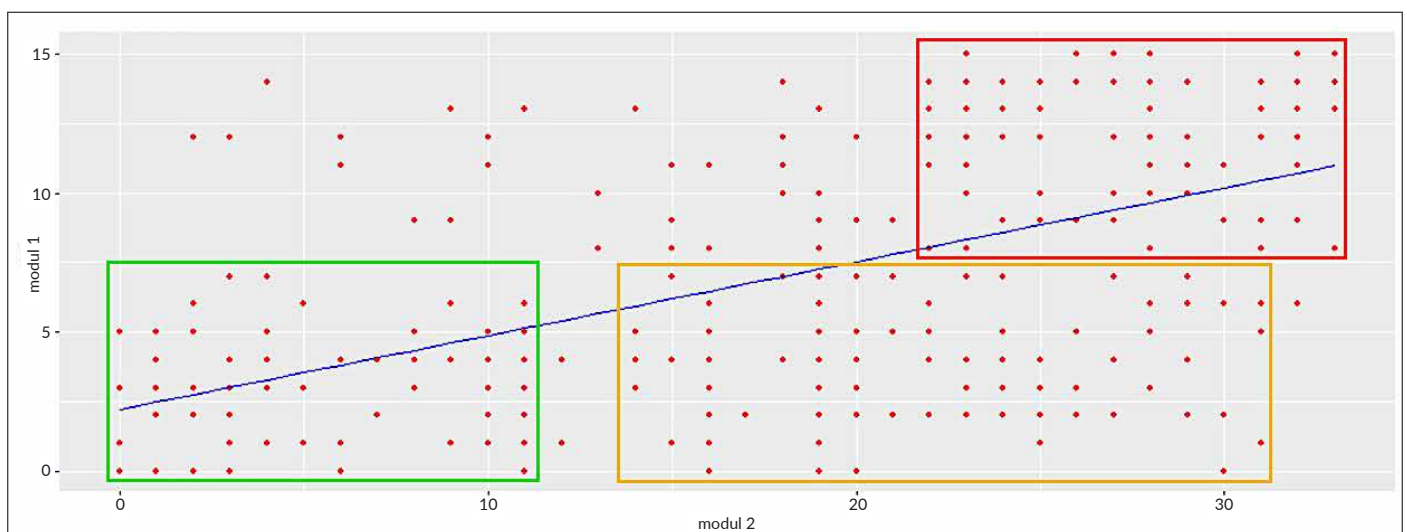


Abbildung 2: Zusammenhang von Mobilität und kognitiven Fähigkeiten durch lineare Regression. Visuelle Hervorhebung von drei erkennbaren Klassen an Pflegebedürftigen.

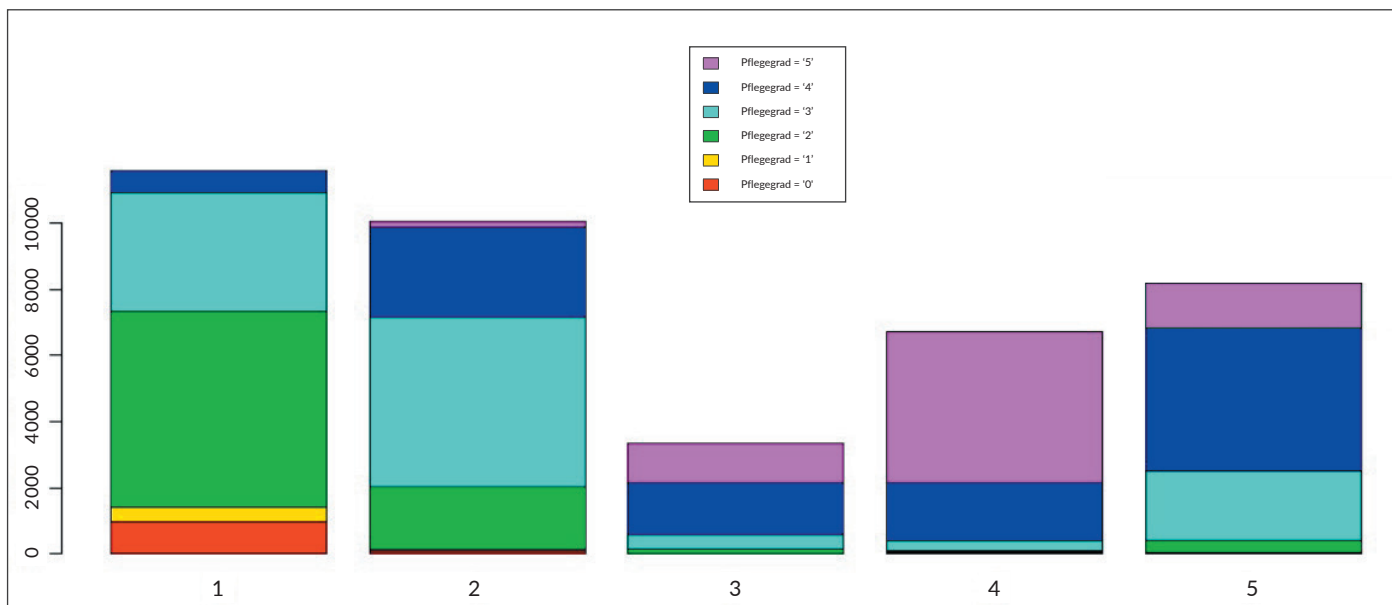


Abbildung 3: Ermittlung der Pflegegrad-Verteilung mithilfe von k-Means auf fünf Cluster mithilfe des Summenwertes der Module 1, 2, 3, 4 und 6

und setzt sich überwiegend aus Pflegegrad 4 und 5 zusammen. Pflegegrad 1 wird überwiegend im Cluster  $C_1$  repräsentiert. Jedoch war Pflegegrad 1 grundsätzlich im Datensatz unterrepräsentiert, was zur Folge hatte, dass das Clustering-Verfahren aufgrund einbezogener Summenwerte, die sich aus der Punktevergabe der Items der Module 1, 2, 3, 4 und 6 ergaben, eine starke Abgrenzung als nicht notwendig erachtete und diese dem Pflegegrad 2 im gleichen Cluster  $C_1$  zuordnete. Der Pflegegrad allein war demnach nicht aussagekräftig genug, um Personalkapazitäten für die Versorgung in den Projekteinrichtungen zu planen, sondern dazu waren auch die Anteile der Module und der Erschwernisse zu fokussieren. Schließlich ermöglicht eine Setzung von Versorgungsschwerpunkten in Pflegeeinrichtungen eine bedarfsgerechte Personalplanung (Rothgang et al., 2020).

Bei der Preisgestaltung der teilnehmenden Pflegeeinrichtungen zeigten sich erhebliche Unterschiede bezüglich des Eigenanteils an Kosten, was bei der Einrichtungsauswahl für die Nutzerinnen und Nutzer ein wichtiger Aspekt sein dürfte (Geraeds, Harrington, Schumacher, Kraska, 2016). Abbildung 4 zeigt als Boxplot-Diagramm die Verteilung der Preise für die stationäre Langzeitpflege bei den entsprechenden Pflegegraden 1-5. Jeder Pflegegrad als Boxplot-Darstellung enthält eine Box zwischen dem oberen und dem unteren Quartil sowie den Median als Strich. Interpretiert wird hierbei, dass die Hälfte aller Preise der Einrichtungen sich innerhalb der Preisspanne (gekennzeichnet durch die Box, z. B. zwischen 1.975,63 € und 2.500,83 € für Pflegegrad 1) befindet. Das Kreuz innerhalb der Box symbolisiert den Mittelwert. Die beiden Extremwerte jedes Pflegegrad-abhängigen Preises für die Versorgung in der Einrichtung werden durch die Whisker dargestellt. Preisausreißer sind nicht visualisiert.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Kennzahlen aus den Qualitätsindikatoren zwar Informationen für das interne Qualitätsmanagement lieferten, jedoch sollten zur Steuerung von Qualitätsprozessen weitere Bezüge, beispielsweise Präferenzen oder Befragungen der Pflegebedürftigen und des Personals, berücksichtigt werden. Einerseits lassen die so ermittelten Qualitätsergebnisse (BMG, 2018) nur einen begrenzten Blick auf die Qualität der Versorgung zu. Andererseits zeigten Evaluationsergebnisse bei Pflegefachpersonen (siehe hierzu Kelleter, 2020) kein eindeutiges Bild dahingehend, ob diese sich in der Qualität mit anderen Einrichtungen vergleichen lassen möchten, um transparenter zu sein. Möglicherweise treffen die Nutzerinnen und Nutzer ihre

Wahlentscheidung für eine Pflegeeinrichtung nicht ausschließlich aufgrund der oben genannten Qualitätsbewertungen, sondern werden dafür andere Prämissen einbeziehen (Greß, 2018).

## Kritische Reflexion

§ 2 SGB XI – Selbstbestimmung hält fest: „Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht. Die Hilfen sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen, auch in Form der aktivierenden Pflege, wiederzugewinnen oder zu erhalten. Selbstbestimmung kann sich darin äußern, dass die Pflegebedürftigen zwischen Einrichtungen und Diensten verschiedener Träger wählen können.“ Dies impliziert, dass ältere Menschen entscheiden können sollen, wo, wie und in welchem Ausmaß sie Leistungen empfangen. Jedoch stehen in Qualitätsaspekten zumeist Fachlichkeit und Durchführung und nicht die Selbstbestimmung der älteren Person im Fokus. „Organisierte Nächstenliebe“ (Schulz-Nieswandt, 2021, S. 23) ist ferner ökonomisch ausgerichtet, denn sie unterliegt dem Streben nach Kosten-Effizienz (Schulz-Nieswandt, 2020). Institutionelle Rahmenbedingungen und knappe Ressourcen implizieren, dass die Förderung von Selbstständigkeit und der Erhalt der Selbstbestimmung in den Hintergrund rücken (Wulff, Kalinowski, Dräger, 2010). Bei Demenz gilt dies umso mehr, doch muss es auch für diese Menschen eine „rechtfertigungsfähige [Form] von Selbststimmung und Selbstverständigung“ (Sturma, 2021, S. 353) geben, da sie dieses Recht noch lange ausüben können.

In Einrichtungen der stationären Langzeitpflege sollen ältere Menschen geschützt werden, sich geborgen fühlen und ein Zuhause finden, in dem sie sich sicher bewegen können. Dies wird als Konzept „vermarktet“ (Schulz-Nieswandt, 2021, S. 21). Es ergibt sich dabei jedoch eine ethische Herausforderung: Pflege ist der Schutzbedürftigkeit verpflichtet, missachtet dabei aber mitunter „das Grundrecht auf Teilhabe und Willensautonomie“ (Schulz-Nieswandt, 2020, S. 12). Hier darf das Recht auf Selbstgefährdung und Selbstaufgabe sowie die Freiheit zur Krankheit nicht vergessen werden (Schwendler & Wellenhofer, 2018). Zwischen ethischer Einstellung und gesetzten Qualitätsanforderungen kann eine einzelne Pflegeperson in ein Dilemma geraten, in dem sie sich „schuldlos schuldig“ (Schulz-Nieswandt, 2021, S. 24) macht,

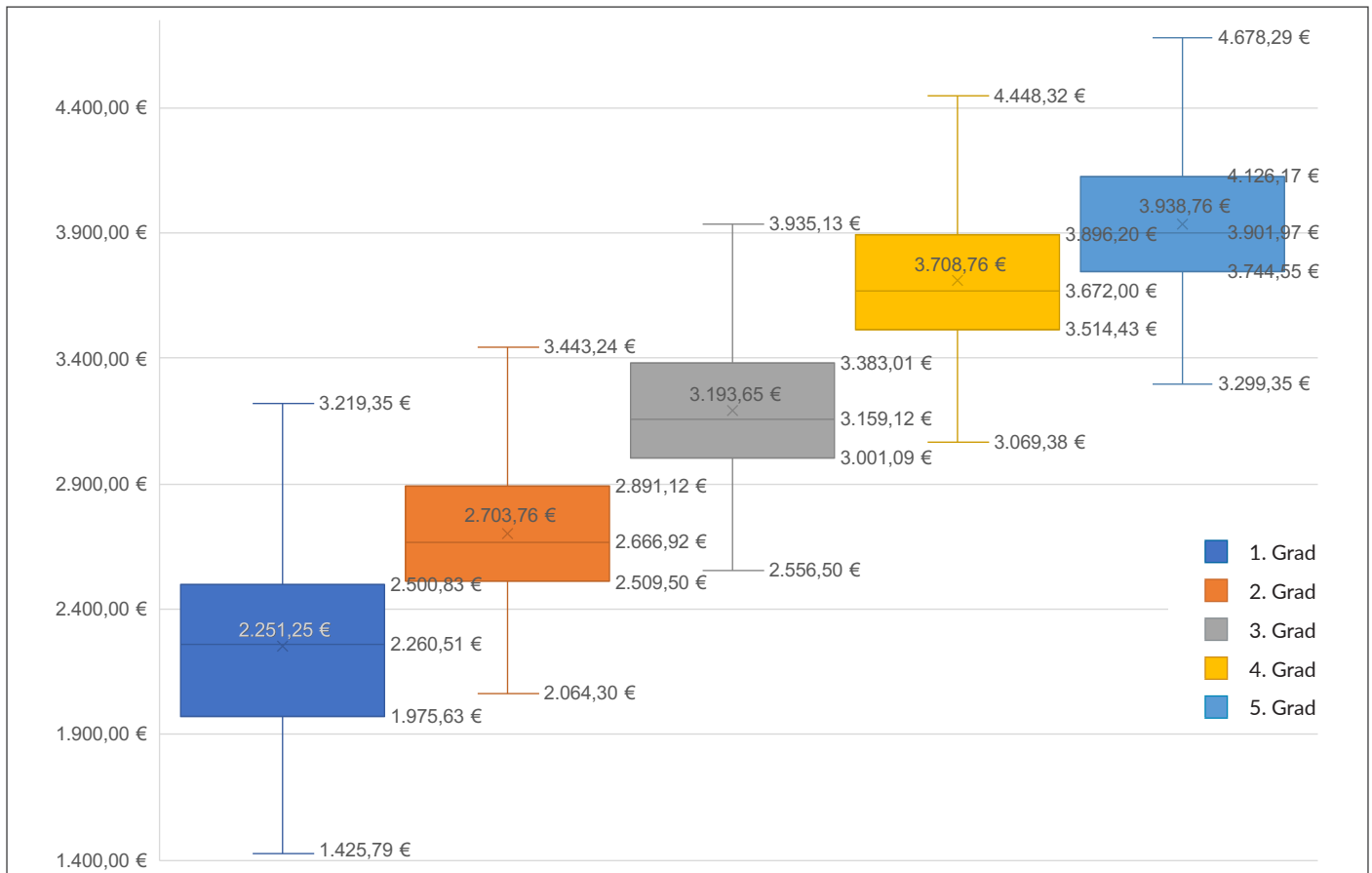


Abbildung 4: Boxplot-Diagramm der Preisverteilung der teilnehmenden Einrichtungen, geordnet nach Pflegegraden

da – egal, welche Entscheidung sie trifft – eine unerwünschte Folge eintritt: Einerseits soll die immobile pflegebedürftige Person aufgrund ihres Dekubitusrisikos nachts von Pflegenden gelagert werden, um die Qualitätsnorm zur Dekubitusvermeidung zu erfüllen. Möglicherweise jedoch steht dem das individuelle Wohlbefinden der immobilen Person entgegen mit der Präferenz, ungestört durchzuschlafen und die Durchführung einer Prophylaxe abzulehnen. So zeigte sich auch in inQS, dass die Entstehung von Dekubitus in 7,1% bei Fällen zutraf, in denen die Ablehnung von Dekubitusprophylaxen durch Pflegebedürftige oder ihre Angehörigen in der Pflegedokumentation ersichtlich war.

Auch gut gemeinte Hilfe kann die Würde verletzen, da Hilfe an Macht, Ausgrenzung sowie Abwertung geknüpft sein kann (Schulz-Nieswandt, 2020). Wird danach gestrebt, alten Menschen Sicherheit beispielsweise vor dem Dekubitus und dem Sturz zu geben sowie sie bestmöglich zu pflegen, wird ihre Souveränität untergraben. Hinzu kommt die Tendenz, alte Menschen in erlernte Abhängigkeit zu bringen. Das Recht, selbstbestimmt zu entscheiden, ob er/sie eine Behandlung erhalten möchte (Woopen, 2014), hat jeder Mensch.

Der/die zu Pflegende hat das Recht, Pflegeangebote abzulehnen. Somit muss von Pflegepersonen gelernt werden, ältere Menschen nicht wie Kinder zu behandeln. Ein entscheidender Punkt ist dabei, sie nach ihren Präferenzen zu fragen. Es gilt also auch in der stationären Pflege, „partnerschaftlich“ und „autoritätsarm“ zu agieren (Höffe, 2021, S. 138), um Würde zuzuschreiben. Pflege unterliegt einer normativen Prägung und einem moralischen Beziehen einer Position, denn der individuelle moralische Kompass, den Pflegenden als Berufs- und Privatperson haben, kommt mitunter an seine Grenzen, wenn es darum geht, Richtlinien, Indikatoren oder Protokollen gerecht werden zu müssen (Wulff et al., 2010).

Bei der Diskussion zur Bemessung von Personal (Rothgang et al., 2020) nur auf der Basis der Pflegegradverteilung einer Einrichtung gerät der Ansatz aus dem Blick, der mit einer qualitativen Versorgung verbunden wird. Schließlich dient der Pflegegrad zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit anders als bisher ohne Berücksichtigung zeitlicher Faktoren zur Kompensation. Beispielsweise spielt keine Rolle, wieviel Zeit eine Person für die Pflege des Körpers braucht. Zudem sind Erschwernisfaktoren und Präferenzen der Pflegebedürftigen auch in den Modulen der unterschiedlichen Pflegegrade für die qualitative Versorgung von Bedeutung. Entsprechende Kompetenzen sollten für diese Aspekte in der Versorgung bei den Pflegenden zur Verfügung stehen. Zu betrachten ist, wie sich Aufbau- und Ablauforganisation einer Einrichtung darstellen und wie die Kompetenzverteilung unter Pflegenden ausfällt (Wulff et al., 2010). Durch eine Kompetenzmessung lassen sich zuverlässige Daten erheben (Darmann-Finck & Reuschenbach, 2012), die helfen können, Qualitätsmindeststandards abzusichern. Der ökonomische Blick darauf, welche Pflegegrade welche Erlöse für die Einrichtung generieren, greift für den Versorgungsauftrag zu kurz. Kritisch zu hinterfragen ist, ob die Fähigkeiten und die Selbständigkeit von Pflegebedürftigen erhalten und gefördert werden, oder ob weiterhin verrichtungsbezogen gehandelt wird. Dafür muss eine Einrichtung intern definieren, was Qualität für sie bedeutet, denn Qualität ist in ihren Grundzügen nicht normativ gesetzt. Internes Organisationshandeln muss überdacht und seitens der Führung muss klar dazu Position bezogen werden, welche Handlungsoptionen bestehen.

Der Einzug in die stationäre Langzeitpflegeeinrichtung impliziert für ältere Menschen zumeist, eine Rolle der Abhängigkeit anzunehmen. Wollen sich ältere Menschen dem nicht hingeben, ist ihre Selbstbestimmtheit zu achten (Wulff et al., 2010). Dies können Pflegenden nicht immer, da sie selbst zum Teil fremdbestimmt agieren, wenn fachliche Standards keine individuelle Anpassung



oder Änderung zulassen. Es braucht folglich „Möglichkeiten der autonomen Gestaltung der Pflege“ (Schmedes, 2021, S. 329).

Drei angeborene Bedürfnisse werden in der Selbstbestimmungstheorie (Deci & Ryan, 2000) benannt, die grundlegend für das menschliche Wohlbefinden sind: Autonomie, Kompetenz und Verbundenheit. Weiß eine Person, wie sie essen, schlafen oder baden möchte, drückt sie damit Autonomie aus. Kann sie diese Aktivitäten trotz Einschränkung handhaben, ist die Rede von Kompetenz. Präferenzen dahingehend, wie die eigene Zeit verbracht werden möchte, tragen zum Empfinden von Verbundenheit bei (Abbott, Heid, Kleban, Rovine, van Haitsma, 2018). Präferenzen der zu Pflegenden zu verstehen, ist heute ein zentrales Anliegen der pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung, denn es trägt zur Verbesserung der Lebensqualität der Pflegebedürftigen sowie zu verbesserten Beziehungen zwischen Pflegepersonen und zu Pflegenden bei. Nur indem Präferenzen der zu Pflegenden erhoben und geachtet werden, kann eine Einrichtung der stationären Langzeitpflege zu einem ‚Zuhause‘ werden und sich Wohlbefinden einstellen (Abbott et al., 2018). Gleichzeitig kann eine Einrichtung diese Präferenzen und ihre Adressierung als Chance sehen, Qualität zu verbessern. Das Instrument PELI zielt beispielsweise darauf ab, die spezifischen Präferenzen alter Menschen über Lebensbereiche hinweg zu erfassen, um damit den Pflegenden Informationen für die Pflegeplanung und deren Umsetzung zur Verfügung zu stellen. Hierüber ist es sowohl möglich, die Relevanz als auch die Stabilität von Präferenzen zu betrachten (Stacke, Bergmann, Ströbel, Müller-Widmer, Purwins, Manietta, Rommerskirch, Nebowsky, Wegner, White, Kelleter, Ralic, van Haitsma, Roes, 2020).

## Ausblick

Der vorliegende Beitrag zur Qualität in der stationären Langzeitpflege lässt drei Implikationen zu:

### (1) Qualitätsindikatoren sind für das interne Qualitätsmanagement relevant.

Pflegeeinrichtungen können ihre Leistungen mithilfe von Qualitätsindikatoren analysieren und durch eingeleitete Interventionen eine verbesserte Versorgungsqualität bewirken. Vorausgesetzt wird hierfür die Interpretationsfähigkeit der Pflegenden, um beispielsweise Risiken zu erkennen und Schädigungen (z. B. der Entstehung eines Dekubitus) entgegenzuwirken. Zeigen die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren in einer Pflegeeinrichtung einen größeren Anteil an geschädigten Pflegebedürftigen oder auch den Verlust von deren Fähigkeiten, sind Maßnahmen zur Steigerung von Pflegekompetenzen einzuleiten. Jedoch ist auch der Personaleinsatz zu verbessern. Exemplarisch wird hierzu die wiederkehrende Vertiefung in die Expertenstandards genannt (Kelleter, 2017; Kelleter, 2020). Das ermittelte Outcome eignet sich als Entscheidungsgrundlage auch für Verbesserungen der Prozesse in der Organisation. Zur Steuerung von Qualitätsprozessen sollten jedoch weitere Bezüge einbezogen und interpretiert werden – beispielsweise die Schwerpunkte in den Modulen zur Pflegebedürftigkeit (s. Tabelle 3 & Abbildung 3). Darauf basierend lassen sich weitere Maßnahmen zur Personalplanung und zu bedarfsorientierten Bildungsformaten reflektieren sowie Konzepte (beispielsweise für Menschen mit Symptomen von Demenz) ermitteln, die zu einer verbesserten Versorgung von Pflegebedürftigen beitragen. Jedoch reichen Qualitätsindikatoren allein nicht aus, um eine Qualitätstransparenz über eine Gesamteinrichtung herzustellen.

Die hier einbezogenen Indikatoren zu den Bewertungen von Qualität beschränken sich schließlich darauf, was Pflege leistet. Selbstbestimmung und Präferenzen der Pflegebedürftigen in der Einrichtung, Kompetenzen und Einfühlungsvermögen des Per-

sonals sowie die Beziehung zwischen dem Personal und den zu Pflegenden werden nicht berücksichtigt. Zwar kann Lebensqualität je nach theoretischem Modell auch als Outcome guter Pflege gewertet werden, doch zielen Qualitätsindikatoren nicht auf die Messung von Lebensqualität ab. Somit messen Qualitätsindikatoren auf die Pflegebedürftigen bezogene Aspekte, bei denen der oder die Pflegebedürftige selbst – in seiner bzw. ihrer Individualität – keine bzw. nur eine untergeordnete Rolle spielt. Dies kann für Angehörige und ältere Menschen, die vor der Wahl einer Einrichtung der stationären Langzeitpflege stehen und Einrichtungen vergleichen, schwer nachvollziehbar sein. Auch aus diesem Grund müssen die Präferenzen der zu Pflegenden nachvollzogen werden. Das mithilfe der Indikatoren ermittelte Outcome muss zudem auf alle Pflegebedürftigen hin reflektiert werden, sodass sich Prozesse entsprechend der personenzentrierten Pflege ausrichten lassen.

### (2) Auch bei der Wahrung hoher Qualitätsstandards sind Selbstbestimmtheit, Autonomie und Präferenzen der zu Pflegenden zu berücksichtigen.

Oftmals geraten die Präferenzen älterer Menschen sowie ihre Wahlfreiheit und Selbstbestimmung aus finanziellen Gründen und dem Streben nach Aufrechterhaltung von Qualität aus dem Blick, was ethische Fragen aufwirft, da Grundrechte missachtet werden. Dies gilt auch, wenn Pflegenden – aus der Absicht der Fürsorge heraus – Entscheidungen des älteren Menschen nicht annehmen wollen oder aber für ältere Menschen agieren. Beispiele hierfür wären, dass zu Pflegenden nachts nicht gelagert werden wollen, da sie es bevorzugen, durchzuschlafen, Pflegenden aber die Gefahr der Entstehung eines Dekubitus sehen und die Dokumentation entsprechend den Vorgaben ausfüllen möchten. Auch im Rahmen von Betreuungsangeboten kommt dies zum Tragen, wenn beispielsweise Pflegenden für die zu Pflegenden Karten spielen oder Spielsteine auf einem Feld rücken. In solchen Fällen werden nicht die zu Pflegenden aktiv bzw. aktiviert, Pflegenden dokumentieren dies anschließend jedoch als durchgeführte Aktivität. An dieser Stelle wird deutlich, dass normativ – auf der Basis von Strukturen – Bestrebungen vorausgesetzt werden, die aber nicht mit der Handlungsoption und dem abgeglichen werden, was bei einzelnen Pflegebedürftigen tatsächlich ankommt.

Um Präferenzen berücksichtigen zu können, müssen sie erhoben werden. Nur so kann Selbstbestimmung ermöglicht werden. Um Autonomie aufrechtzuerhalten, braucht es Zeit. Diese Zeit muss im Pflegealltag geschaffen und ermöglicht werden. Es braucht zudem Personen, die sich einzelner Pflegebedürftiger annehmen und ihre Präferenzen in die übergeordnete Planung integrieren. Führungspersonen haben hier einen wichtigen Einfluss, da sie Gestaltungs- und Entscheidungsspielräume in Organisationsstrukturen öffnen können (Kieser & Kubicek, 1992). Vor dem Hintergrund, dass es Einrichtungen mit segregativem Versorgungskonzept um 4% besser gelingt, einen Erhalt der Selbständigkeit im Alltagsleben und der sozialen Kontakte zu erreichen als Einrichtungen mit Mischformen (Kelleter, Zenker, Zirves, 2020) und vor dem Hintergrund, dass diese Fähigkeiten bei Pflegebedürftigen mit Demenzerkrankung in segregativen Pflegeeinheiten eher aufrechterhalten werden konnten (Zirves et al., 2021), ist davon auszugehen, dass segregative Konzepte Vorteile für die Aufrechterhaltung des Aktivitätsniveaus von pflegebedürftigen Menschen mit einer Demenzerkrankung haben. Da künftig eine Zunahme an demenziell erkrankten Menschen in der stationären Langzeitpflege zu erwarten und die Versorgung dieser Personen erschwert ist, sollte weiter erforscht werden, wie eine flächendeckendere Umsetzung segregativer Konzepte beispielsweise in kleinen Einrichtungen oder in Hausgemeinschaften erfolgen kann. Es braucht einen Weg der Abkehr von der normativen Institution und einer staatlich gelenkten Selektion. Neben den individuellen Risiken von zu Pflegenden (bspw. Dekubitusrisiko) müssen Präferenzen

und vor allem Ressourcen mit erhoben werden, damit nutzerorientierte Angebote geschaffen und Qualifikationsprofile für die Pflege sowie Betreuung auf die Bedürfnisse der zu Pflegenden abgestimmt werden können.

### (3) Es braucht Kompetenzen und Interventionen zur Verbesserung des Arbeitsumfelds von Pflegepersonen

Von effektiven Pflegestrategien wird erwartet, dass sie die Leistung von Gesundheitsorganisationen verbessern. Um Simulationen zur Beziehung zwischen Pflegefachpersonen im Krankenhaus und den Patientinnen und Patienten sowie zwischen dem Qualifikationsniveau dieser Pflegefachpersonen, ihrem Arbeitsumfeld (z.B. Arbeitszufriedenheit) und den Ergebnissen bei den Patientinnen und Patienten zu untersuchen, wurde beispielsweise die RN4CAST-Studie durchgeführt (Sermeus, Aiken, van den Heede, Rafferty, Griffiths, Moreno-Casbas, Busse, Lindquist, Scott, Bruyneel, Brzostek, Kinnunen, Schubert, Schoonhoven, Zikos, 2011). Ein solcher Ansatz wäre auch in der stationären Langzeitpflege denkbar, da angesichts des Personalmangels hier auch berücksichtigt werden muss, wie sich die Arbeitsbedingungen auf das Personal und damit auf das Outcome bei den Pflegebedürftigen auswirken. Viele Aufgaben in Pflegeheimen werden nicht, nicht vollständig oder unter Zeitdruck durchgeführt (Rothgang et al., 2020). Um vom Qualifikationsmixmodell zum Kompetenzmanagement in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege zu gelangen, sind Organisations- und Personalentwicklung zu leisten.

Dazu gehört Bottom-Up die Information zu damit verbundenen Zielen – beispielsweise mittels einer Kompetenzanalyse den Status Quo der Einrichtung zu analysieren, die Umsetzungsstrategien zu definieren und Kapazitäten dafür zu planen sowie die Zufriedenheit und die Pflegequalität in der Implementierung iterativ zu evaluieren (Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e. V., 2022). Für die Umsetzung werden die tatsächlichen Kompetenzen des Pflegepersonals, die Kontinuität und die Koordination der Kompetenzen zu wichtigen Aspekten in Pflegeeinrichtungen. Deshalb ist unabdingbar, sich auch mit der Entwicklung von Kompetenzen und Interventionen zur Verbesserung des Arbeitsumfelds von Pflegepersonen zu befassen (Rothgang et al., 2020).

Am Projekt inQS nahmen katholische Einrichtungen der stationären Langzeitpflege freiwillig teil. Dies ist bei der Bewertung der Ergebnisse zu berücksichtigen, doch muss betont werden, dass es sich hierbei um einen einzigartigen Datensatz handelt, der aufgrund der Vielzahl an eingeschlossenen Pflegebedürftigen über das Projekt hinausgehende Schlüsse zulässt. Der Fokus lag in diesem Beitrag auf fachlicher Pflege, nicht auf der Lebensqualität oder dem Spektrum von Qualität. Auch müssen digitale Kennzahlen aufbereitet werden, damit sie zu interpretieren und für Implikationen nutzbar sind. Es ist denkbar, dass eine transparente Darstellung der Qualität auch der Personalgewinnung zugutekäme, da sich Mitarbeitende in dem Fall motiviert sähen, in einer solchen Pflegeeinrichtung tätig zu werden. Schließlich braucht es jedoch mehr Informationen als nur eine mittels Indikatoren bewertete Qualität. Die Ergebnisse des Projekts Qualitätsmessung in der Pflege mit Routinedaten (Behrendt et al., 2022) beziehen sich auf ein Set routinedatenbasierter Indikatoren zur Versorgungsqualität von Pflegebedürftigen in der stationären Langzeitpflege. Darauf basierend könnten sich gesetzliche Rahmenbedingungen sowie die gesetzliche Qualitätssicherung weiterentwickeln. Mit Blick auf die Zusammenhänge zwischen Personalkapazitäten in Pflegeeinrichtungen sowie der Qualität ebendieser Einrichtungen sind hier künftig neue Erkenntnisse zu erwarten.

## Literatur

- Abbott, K. M., Heid, A. R., Kleban, M., Rovine, M. J., & van Haitsma, K. (2018). *The Change in Nursing Home Residents' Preferences Over Time*. *Journal of the American Medical Directors Association*, 19(12), 1092–1098.
- Agrawal, R., Imielinski, T., & Swami, A. (1993). Mining association rules between sets of items in large databases. *ACM SIGMOD Record*, 22(2), 207–216.
- Argyris C., & Schön, D.A. (2018). *Die lernende Organisation*. Grundlagen, Methode, Praxis. Schäffer-Poeschel.
- Arling G., Kane R.L., Mueller C., Bershady J., Degenholtz H.B. (2007). *Nursing Effort and Quality of Care for Nursing Home Residents*. *Gerontologist*, 47, 672–682.
- Behrendt, S., Tsiatsioti, C., Willms, G., Stammann, C., Hasseler, M., Krebs, S., Katzmarzyk, D., Studinski, E., Özdes, T., Klauber, J., & Schwinger, A [A.]. (2022). *Qualitätsmessung in der Pflege mit Routinedaten (QMPR)*. Band 1: Konzept und Methodik. QMPR Abschluss- und Ergebnisbericht. Wissenschaftliches Institut der AOK.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) & Kultusministerkonferenz (KMK). (2013). *Handbuch zum Deutschen Qualifikationsrahmen: Struktur - Zuordnungen - Verfahren - Zuständigkeiten*. [https://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen\\_beschluesse/2013/130823\\_Handbuch\\_mit\\_nicht-barrierefreier\\_Anlage\\_MAM.pdf](https://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2013/130823_Handbuch_mit_nicht-barrierefreier_Anlage_MAM.pdf)
- Bundesministerium für Familie, Senioren & Frauen und Jugend (BMFSFJ). (2015). *Zwischenbericht zur Ausbildungs- und Qualifizierungsoffensive Altenpflege (2012–2015)*. <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/95590/d50f203aadaa6fdf6a49b49dc064728c/zwischenbericht-zur-ausbildungs-und-qualifizierungsoffensive-altenpflege-langfassung-data.pdf>
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2018). *Bekanntmachung der Geschäftsstelle Qualitätsausschuss Pflege - Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) in der vollstationären Pflege vom 23. November 2018*. BAnz AT 11.02.2019 B3 (2018).
- Darmann-Finck I., & Reuschenbach, B. (2012). *Entwicklungsstand der Kompetenzmessung im Berufsfeld Pflege*. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes*, 107(1), 23–29.
- Deci E.L., & Ryan, R.M. (2000). *The "What" and "Why" of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior*. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227–268.
- Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e. V. (2022). *Kompetenzmanagement in der Pflege*. <https://www.caritasnet.de/themen/alter-pflege/qualitaetssicherung/kompetenzmanagement-in-der-pflege/>
- Geraedts, M., Harrington, C., Schumacher, D., & Kraska, R. (2016). *Verhältnis zwischen Qualität, Preis und Profitorientierung deutscher Pflegeheime*. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 112, 3–10.
- Greß, S. (2018). *Qualitätssicherung in der Langzeitpflege durch Wahlscheidungen der Betroffenen? Eine ökonomische Perspektive*. In *Pflege-Report 2018* (S. 147–154).
- Harrington C., Dellefield M.E., Halifax E., Fleming M.L., & Bakerjian D. (2020). *Appropriate Nurse Staffing Levels for U.S. Nursing Homes*. *Health Serv. Insights*, 13, 1–14.
- Hergesell, J. (2019). *Von der Armen- und Siechenfürsorge zur digitalisierten Altenpflege: Eine figurationssoziologische Perspektive auf Pflegeinnovationen*. In S. Ernst & G. Becke (Hrsg.), *Transformationen der Arbeitsgesellschaft: Prozess- und figurationstheoretische Beiträge* (S. 235–258). Springer VS.
- Höffe, O. (2021). *Ethik*. In M. Fuchs (Hrsg.), *Handbuch Alter und Altern: Anthropologie – Kultur – Ethik* (S. 135–142). Metzler.
- Kelleter, H. (2020). *inQS-webbasierte indikatorengestützte Qualitätsförderung zur Verbesserung der Versorgungsqualität*. *Zeitschrift für Theorie-Praxis-Dialog*. Schwerpunkt Care Work 4.0, 74(181), 19–21.
- Kelleter H. (2017). *Outcome zur evidenzbasierten Steuerung in der Langzeitpflege*. *Wirkungen im Projekt EQisA*. *Zeitschrift für Evaluation*, 1, 173–183.
- Kelleter, H. & Herfen, S. (2019a). *inQS Schulungskonzept. Für die Schulung von Pflegefachpersonen zur Erhebung von Ergebnisindikatoren in der stationären Langzeitpflege*. Köln.
- Kelleter, H. & Herfen, S. (2019b). *inQS Konzept. Fallbesprechung zur Reflexion der Ergebnisqualität*. Köln.

- Kelleter, H., Zenkert, J. & Zirves, M. (2020). *Faktenblatt Erhaltene Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte. Auswertungen und Implikationen.* Köln.
- Kieser, A. & Kubicek, H. *Organisation* (3. Aufl.). De Gruyter.
- Knigge-Demal, B., Hundenborn, G. & Eylmann, C. (2013). *Anforderungs- und Qualifikationsrahmen für den Beschäftigungsbereich der Pflege und persönlicher Assistenz älterer Menschen: im Rahmen des Projektes „Erprobung des Entwurfs eines Qualifikationsrahmens für den Beschäftigungsbereich der Pflege, Unterstützung und Betreuung älterer Menschen“.* Köln. [https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte\\_DIP-Institut/01Anforderungs\\_und\\_Qualifikationsrahmen\\_09\\_2013.pdf](https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte_DIP-Institut/01Anforderungs_und_Qualifikationsrahmen_09_2013.pdf)
- *Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS), GKV-Spitzenverband.* (2021). *Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit.* Essen, Berlin.
- Rothgang, H., Cordes, J., Fünfstück, M., Heinze, F., Kalwitzki, T., Stolle, C., Kloep, S., Krempe, A., Matzner, L., Zenz, C., Sticht, S., Görres, S., Darmann-Finck, I., Wolf-Ostermann, K., Brannath, W., & Becke, G. (2020). *Abschlussbericht im Projekt Entwicklung eines wissenschaftlich fundierten Verfahrens zur einheitlichen Bemessung des Personalbedarfs in Pflegeeinrichtungen nach qualitativen und quantitativen Maßstäben gemäß §113c SGB XI (PeBeM).* Bremen.
- Schmedes, C. (2021). *Emotionsarbeit in der Pflege: Beitrag zur Diskussion über die psychische Gesundheit Pflegenden in der stationären Altenpflege.* Springer VS.
- Schulz-Nieswandt, F. (2020). *Gefahren und Abwege der Sozialpolitik im Zeichen von Corona. Zur affirmativen Rezeption von Corona in Kultur, Geist und Seele der „Altenpolitik“.* Berlin.
- Schulz-Nieswandt, F. (2021). *Wann ist eine soziale Innovation innovativ? Der erkenntnistheoretische Status eines >>Index der Non-Exklusion<< als Fluchtpunkt gesellschaftspolitische Orientierung.* Berlin.
- Schwendler, A., & Wellenhofer, M. (2018). *Rechtswissenschaftlicher Abschlussbericht zum Forschungsprojekt: Interdisziplinäre Untersuchung zu Rechtsschutzdefiziten und Rechtsschutzpotentialen bei Versorgungsmängeln in der häuslichen Pflege alter Menschen (VERA).* [https://www.pflegebevollmaechtigte.de/files/upload/pdfs\\_Veranstaltungen/ReWi\\_VERA\\_11.4.19.pdf](https://www.pflegebevollmaechtigte.de/files/upload/pdfs_Veranstaltungen/ReWi_VERA_11.4.19.pdf)
- Seghezzi, H.D., Fahrni, F., & Friedli, T. (2013). *Integriertes Qualitätsmanagement. Der St. Galler Ansatz* (4. Aufl.). Hanser.
- Sermeus, W., Aiken, L.H., van den Heede, K., Rafferty, A.M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M.T., Busse, R., Lindqvist, R., Scott, A.P., Bruyneel, L., Brzostek, T., Kinnunen, J., Schubert, M., Schoonhoven, L., & Zikos, D. (2011). *Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): Rationale, design and methodology.* *BMC Nurs*, 10(1), 6.
- Stacke, T.I., Bergmann, J.M., Ströbel, A.M., Müller-Widmer, R., Purwins, D., Manietta, C., Rommerskirch, M., Nebowsky, A-E., Wegner, A., White, J., Kelleter, H., Ralic, N., van Haitsma, K., & Roes, M. (2020). *Preferences for everyday living inventory (PELLI): study protocol for piloting a culture-sensitive and setting-specific translated instrument in German care settings (PELLI-D).* *BMJ Open*, 10(1), e030268.
- Statistisches Bundesamt. *Altenpflegekräfte arbeiten sehr häufig in Teilzeit: Pressemitteilung Nr. N068 vom 8. Dezember 2021.* [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/12/PD21\\_N068\\_2313.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/12/PD21_N068_2313.html)
- Statistisches Bundesamt. *Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse - 2019.* <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publicationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001199004.html>
- Sturma D. (2021). *Identität der Person.* In M. Fuchs (Hrsg.), *Handbuch Alter und Altern: Anthropologie – Kultur – Ethik* (S. 348–354). Metzler.
- Wingenfeld, K., Kleina, T., Franz, S., Engels, D., Mehlan, S., & Engel, H. (2011). *Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe: Abschlussbericht.* Bielefeld, Köln.
- Wingenfeld, K., Stegbauer, C., Willms, G., Voigt, C., & Woitzik, R. (2018). *Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach §115 Abs. 1a SGB XI in der stationären Pflege: Darstellung der Konzeptionen für das neue Prüfverfahren und die Qualitätsdarstellung. Abschlussbericht. Im Auftrag des Qualitätsausschusses Pflege.* Bielefeld, Göttingen.
- Woopen, C. (2014). *Die Bedeutung von Lebensqualität aus ethischer Perspektive.* *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes*, 108(2-3), 140–145.
- Wulff, I., Kalinowski, S., & Dräger, D. (2010). *Autonomie im Pflegeheim - Konzeptionelle Überlegungen zu Selbstbestimmung und Handlungsfähigkeit anhand eines Modells.* *Pflege*, 23(4), 240–248.
- Zenkert, J., Klahold, A., & Fathi, M. (2018). *Knowledge discovery in multi-dimensional knowledge representation framework.* *Iran J Comput Sci*, 1(4), 199–216.
- Zimmermann, J., Swora, M., Pfaff, H., & Zank, S. (2019). *Organizational factors of fall injuries among residents within German nursing homes: Secondary analyses of cross-sectional data.* *European Journal of Aging*, 16, 503–512.
- Zirves, M., Demirel, I. & Pfaff, H. (2021). *Everyday Life and Social Contacts of Dementia and Non-Dementia Residents over 80 Years in Long-Term Inpatient Care: A Multi-Level Analysis on the Effect of Staffing.* *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 11300.