

Weiterentwicklung der Qualitätsberichterstattung in der Langzeitpflege – eine quantitative Versichertenbefragung

**Abschlussbericht für das ZQP und den AOK-Bundesverband
November 2017**

Durchführung:

Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft

Autoren:

Pia-Theresa Sonntag (Projektkoordination)

Nadja-Raphaela Baer (Projektmitarbeit)

PD Dr. Liane Schenk (Projektleitung)

Stand: März 2018

Zitation:

Sonntag, P. T., Baer, N. R., Schenk, L. (2017). Weiterentwicklung der Qualitätsberichterstattung in der Langzeitpflege – eine quantitative Versichertenbefragung. Abschlussbericht für das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) und den AOK-Bundesverband.

Online: <https://www.zqp.de/portfolio/studie-qualitaetskriterien-verbraucher/>

Inhaltsverzeichnis

0	Abstract	4
0.1	Hintergrund	4
0.2	Methode	4
0.3	Ergebnisse.....	4
0.4	Fazit	5
1	Einleitung.....	7
2	Forschungsstand.....	8
2.1	Pflegequalität – konzeptioneller Hintergrund.....	8
2.2	Pflegequalität aus Verbrauchersicht	10
2.3	Zentrale verbraucherorientierte Entscheidungshilfen für die Pflegeheimauswahl	13
2.4	Resümee zum Forschungsstand und Forschungsfrage	15
3	Vorgehensweise, Methoden und Daten.....	16
3.1	Stichprobenkonzept	17
3.2	Fragebogenkonstruktion	18
3.3	Pretest	21
3.4	Daten	22
3.4.1	Gewichtung der Stichprobe	23
3.4.2	Statistische Analyse.....	24
3.4.3	Beschreibung der Stichprobe.....	24
4	Ergebnisse: Auswahl einer Pflegeeinrichtung	38
4.1	Informationsquellen und Suchstrategien.....	39
4.2	Erfahrungen mit dem Thema Pflegeheim	42
4.3	Auswahlkriterien einer Pflegeeinrichtung.....	45
4.3.1	Institutionsbezogene Qualitätsdimension	49
4.3.2	Versorgungsbezogene und personalbezogene Qualitätsdimension	59
4.3.3	Lebensqualitätsbezogene Qualitätsdimension	76
4.4	Wichtige und weniger wichtige Qualitätsbereiche	86
5	Zusammenfassung und Fazit	92
6	Literatur	97

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Soziodemographische Merkmale der pflegebedürftigen Versicherten	28
Tabelle 2: Pflegebezogene Merkmale der pflegebedürftigen Versicherten	30
Tabelle 3: Fragebogenausfüller	35
Tabelle 4: Soziodemographische Merkmale der Angehörigen	37
Tabelle 5: Erfahrungen mit dem Thema Pflegeheim nach Versorgungsart	44
Tabelle 6: Gesamtübersicht Qualitätskriterien (absteigend sortiert)	46

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Qualitätsdimensionen	19
Abbildung 2: Haushaltszusammensetzung (vor Heimeintritt) (Gesamt, Mehrfachnennung, in %)	27
Abbildung 3: Gründe für die Pflegebedürftigkeit (Gesamt, Mehrfachnennung, in %)	32
Abbildung 4: Gründe für einen Heimeinzug (nur stationär Versorgte, Mehrfachnennung, in %)	34
Abbildung 5: Verhältnis zur pflegebedürftigen Person (Gesamt, Mehrfachnennung, in %)	36
Abbildung 6: Akteure bei der Auswahl einer Pflegeeinrichtung (in Prozent)	39
Abbildung 7: Suchstrategien und Informationsquellen (Gesamt, Mehrfachnennung, in %)	40
Abbildung 8: Suchstrategien und Informationsquellen nach Versorgungsart (Mehrfachnennung, in %)	41
Abbildung 9: Suchstrategien und Informationsquellen nach Befragungsperson (Mehrfachnennung, in %)	42
Abbildung 10: Erfahrungen mit dem Thema Pflegeheim (Gesamt, in %)	43
Abbildung 11: Qualitätsbereich: Lage und Erreichbarkeit (Gesamt, Mittelwerte)	50
Abbildung 12: Qualitätsbereich: Lage und Erreichbarkeit nach Art der Versorgung (Mittelwerte)	51
Abbildung 13: Qualitätsbereich: Lage und Erreichbarkeit nach Befragungsperson (Mittelwerte)	52
Abbildung 14: Qualitätsbereich: Wohnen und Ausstattung (Gesamt, Mittelwerte)	53
Abbildung 15: Qualitätsbereich: Wohnen und Ausstattung nach Art der Versorgung (Mittelwerte)	55
Abbildung 16: Qualitätsbereich: Wohnen und Ausstattung nach Befragungsperson (Mittelwerte)	56
Abbildung 17: Qualitätsbereich: Kosten (Gesamt, Mittelwerte)	57
Abbildung 18: Qualitätsbereich: Kosten nach Art der Versorgung (Mittelwerte)	58
Abbildung 20: Qualitätsbereich: Essen und Trinken (Gesamt, Mittelwerte)	60
Abbildung 21: Qualitätsbereich: Essen und Trinken nach Art der Versorgung (Mittelwerte)	61
Abbildung 22: Qualitätsbereich: Essen und Trinken nach Befragungsperson (Mittelwerte)	62
Abbildung 23: Qualitätsbereich: Reinigung und Wäsche (Gesamt, Mittelwerte)	63
Abbildung 24: Qualitätsbereich: Reinigung und Wäsche nach Art der Versorgung (Mittelwerte)	64
Abbildung 25: Qualitätsbereich: Reinigung und Wäsche nach Befragungsperson (Mittelwerte)	65
Abbildung 26: Qualitätsbereich: Pflege (Gesamt, Mittelwerte)	67
Abbildung 27: Qualitätsbereich: Pflege nach Art der Versorgung (Mittelwerte)	68
Abbildung 28: Qualitätsbereich: Pflege nach Befragungsperson (Mittelwerte)	69
Abbildung 29: Qualitätsbereich: Medizinische Versorgung (Gesamt, Mittelwerte)	70
Abbildung 30: Qualitätsbereich: Medizinische Versorgung nach Art der Versorgung (Mittelwerte)	71
Abbildung 31: Qualitätsbereich: Medizinische Versorgung nach Befragungsperson (Mittelwerte)	72
Abbildung 32: Qualitätsbereich: Freizeitaktivitäten (Gesamt, Mittelwerte)	74
Abbildung 33: Qualitätsbereich: Freizeitaktivitäten nach Art der Versorgung (Mittelwerte)	75
Abbildung 34: Qualitätsbereich: Freizeitaktivitäten nach Befragungsperson (Mittelwerte)	76
Abbildung 35: Qualitätsbereich: Lebensführung und Privatsphäre (Gesamt, Mittelwerte)	78
Abbildung 36: Qualitätsbereich: Lebensführung und Privatsphäre nach Art der Versorgung (Mittelwerte)	80
Abbildung 37: Qualitätsbereich: Lebensführung und Privatsphäre nach Befragungsperson (Mittelwerte)	82
Abbildung 38: Qualitätsbereich: soziale Kontakte (Gesamt, Mittelwerte)	83
Abbildung 39: Qualitätsbereich: soziale Kontakte nach Art der Versorgung (Mittelwerte)	84
Abbildung 40: Qualitätsbereich: soziale Kontakte nach Befragungsperson (Mittelwerte)	86
Abbildung 41: Wichtige und weniger wichtige Qualitätsbereiche (Gesamt, Mittelwert)	87
Abbildung 42: Entscheidende Qualitätsbereiche (Gesamt, in %)	88
Abbildung 43: Entscheidende Qualitätsbereiche nach Versorgungsart (in %)	90
Abbildung 44: Entscheidende Qualitätsbereiche nach Befragungsperson (in %)	91

Abstract

Hintergrund

Eine transparente Qualitätsbeurteilung und -berichterstattung in der stationären Langzeitpflege setzt voraus, die Perspektiven aller relevanten Akteursgruppen zu berücksichtigen. Neben der Experten- ist dabei die Nutzerperspektive maßgeblich. Einige wissenschaftliche Forschungsprojekte (z. B. Gesundheitsmonitor 2011, Allensbach-Studie 2009) zielen darauf ab, Qualitätskriterien zu identifizieren, die für die Auswahl einer geeigneten Pflegeeinrichtung aus Verbrauchersicht relevant sind. Allerdings geschieht dies oft, ohne die Sichtweisen verschiedener Verbrauchergruppen zu differenzieren. Die Sichtweise pflegebedürftiger Menschen ist kaum untersucht. Daher stehen die Nutzerperspektiven im Mittelpunkt dieser Studie: Die Qualitätsbeurteilungen von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen sowie von ambulant und stationär versorgten Pflegebedürftigen werden vergleichend analysiert. Bereits vorliegende Studien werden somit um eine ganzheitliche Erfassung der Verbrauchersicht ergänzt (vgl. Geraedts et al., 2012; Josat, 2005; Josat et al., 2006; Stemmer & Arnold, 2014).

Methode

Die quantitative Studie zur verbraucherzentrierten Erfassung der Qualitätsbeurteilung basiert auf einer postalischen Befragung von 5.021 AOK-versicherten Pflegebedürftigen mittels eines standardisierten Fragebogens. Die Stichprobe wurde nach Geschlecht, Art der Versorgung (ambulant/stationär) und der Pflegestufe geschichtet. Es wurde ein Fragebogen konzipiert, welcher verbraucherrelevante Bewertungskriterien erfasst und für die verschiedenen Verbrauchergruppen „stationär Versorgte“, „ambulant Versorgte“ sowie „Angehörige/r“ des/r Pflegebedürftigen angepasst wurde. Neben soziodemographischen und pflegebezogenen Merkmalen wurden auf Grundlage einer umfassenden Literaturrecherche insgesamt 79 Qualitätskriterien operationalisiert, welche zehn Qualitätsbereichen (z. B. „Lage und Erreichbarkeit“, „Medizinische Versorgung“) zugeordnet wurden. Diese lassen sich wiederum in vier Qualitätsdimensionen kategorisieren: „Institutionsbezogene Qualitätsdimension“, „Personalbezogene Qualitätsdimension“, „Versorgungsbezogene Qualitätsdimension“, „Lebensqualitätsbezogene Qualitätsdimension“. Die Einschätzungen der Wichtigkeit der einzelnen Qualitätsbereiche sowie die relationale Präferenzsetzung der verschiedenen Qualitätsdimensionen standen im Fokus der Datenerhebung und -auswertung. Die Daten wurden unter Berücksichtigung der Subgruppen univariat und bivariat mit Hilfe der SPSS Statistics 22 Software analysiert.

Ergebnisse

Die Stichprobe von N=5.021 pflegebedürftigen AOK-Versicherten setzte sich aus 70,5 Prozent (n=3.542) ambulant und 29,5 Prozent (n=1.479) stationär Versorgten zusammen. Das Durchschnittsalter aller Befragten betrug circa 80 Jahre. Dabei war die Subgruppe der stationär Versorgten im Mit-

tel circa fünf Jahre älter als die ambulant versorgten Studienteilnehmer/-innen. 60,4 Prozent der Befragten waren weiblichen, 37,6 Prozent männlichen Geschlechts. Während 15,3 Prozent (n=705) der pflegebedürftigen Befragten den Fragebogen selbstständig ausfüllten, wurde ein gutes Drittel aller Fragebögen (31,7 %) von einem/r Angehörigen beantwortet. Die Resultate dieser Studie unterstreichen die zentrale Rolle Angehöriger bei der Auswahl einer geeigneten Pflegeeinrichtung: bei nahezu der Hälfte der stationär Versorgten (48,1 %) suchten Angehörige die Pflegeeinrichtung aus, ein gutes Drittel (32,9 %) der ambulant Versorgten gab an, dass ein/e Angehöriger/r das Pflegeheim aussuchen sollte. Bei der Präferenzsetzung der Befragten zeigte sich, dass primär Informationen hinsichtlich der Qualitätsbereiche „Kosten“, „Pflege“ sowie „medizinische Versorgung“ als entscheidend im Auswahlprozess angesehen werden. Dabei werden u. a. den Kriterien bezüglich einer transparenten Kostenaufschlüsselung sowie der Personalqualität eine wesentliche Rolle beigemessen. Für ambulant Versorgte stehen die Kosten an erster (41,3 %) und die Pflege an zweiter (37,0 %) Stelle, während stationär Versorgte die pflegerische Versorgung als besonders entscheidend (35,5 %) bewerten. Bei der Analyse der Subgruppe „Angehörige“ kristallisiert sich zudem der Qualitätsbereich „Lage und Erreichbarkeit“ – insbesondere hinsichtlich der „Nähe des Pflegeheims zu Angehörigen und Freunden“ – als entscheidend heraus.

Fazit

Die Studie ermöglicht erstmals wissenschaftlich fundierte Aussagen über die wesentlichen Kriterien, auf die es Pflegebedürftigen in Deutschland bei der Auswahl von Pflegeheimen ankommt sowie einen direkten Vergleich ihrer Präferenzen mit denen von Angehörigen. Die Studie zeigt, dass personalbezogene Pflegequalitätskriterien von entscheidender Wichtigkeit für die Verbraucher/ -innen sind. So wird der Qualitätsbereich „Pflege“ von der gesamten Stichprobe in der Rangliste aller Bereiche als wichtigster beurteilt. Dabei wurde das Kriterium „sorgfältig durchgeführte Pflege“ als besonders wichtig beurteilt. Entgegen den Erwartungen lassen sich auf Basis der Ergebnisse dieser Studie lediglich punktuell Bewertungsunterschiede der beiden Subgruppen „Pflegebedürftige“ und „Angehörige“ feststellen. Die Präferenzsetzungen der beiden Verbrauchergruppen sind zumeist kongruent: Beispielsweise werden die Qualitätsbereiche „Pflege“, „Kosten“ und „Medizinische Versorgung“ von beiden Gruppen in derselben Reihenfolge als besonders wichtig für die Auswahl einer Pflegeeinrichtung bewertet. Die Untersuchung der Subgruppen „ambulant“ und „stationär Versorgte“ zielte darauf ab, inwieweit Erfahrungswerte hinsichtlich eines Heimaufenthalts Präferenzmuster potenziell prägen. Die Unterschiede stellen sich auch in diesem Gruppenvergleich als eher gering dar. Der größte Unterschied zwischen ambulant und stationär Versorgten manifestiert sich in der Gesamtbewertung der Qualitätsbereiche. So ist ambulant Versorgten die Klärung von Kostenaspekten am dringlichsten. Für die befragten Heimbewohner/-innen hat die pflegerische Versorgung hingegen höchste

Relevanz. Basierend auf diesen Erkenntnissen lässt sich schlussfolgern, dass sich die Informationspräferenzen zwischen „erfahrenen“ (stationär versorgte) und „unerfahrenen“ (ambulant versorgte) Personen kaum unterscheiden – dies gilt gleichermaßen für den Vergleich von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen. Die Ergebnisse zeigen, dass das Informationsbedürfnis der Befragungsteilnehmer/-innen insgesamt recht hoch ausfällt und viele Aspekte für eine Heimauswahl bedeutsam sind. Zudem deuten die Ergebnisse dieser Studie auf Potenziale in der Gestaltung und Gewichtung einer verbraucheradjustierten Informationsvermittlung von stationären Pflegeeinrichtungen hin. Beispielfhaft zeigen die Ergebnisse, dass spezifische Besichtigungsangebote von Pflegeeinrichtungen den Präferenzen der Mehrheit der Pflegebedürftigen sowie Angehörigen entsprechen. Neben weiteren Erkenntnissen, gibt diese Studie Aufschluss darüber, inwiefern sich die Pflegebedürftigen resp. deren Angehörige im Vorfeld mit dem Thema Pflegeheim auseinandergesetzt haben. Ein Großteil der Befragten ist bzw. war erstmalig im konkreten Fall und möglicherweise unter erhöhtem Handlungsdruck mit der Auswahl einer Pflegeeinrichtung konfrontiert. Dementsprechend sollte die Pflegebeurteilung (potenzielle) Nutzer/-innen frühzeitig erreichen, sodass ausreichend Zeit sowie die Möglichkeit zur Teilhabe am Auswahlprozess bleiben.

1 Einleitung

Die Zahl der Pflegebedürftigen in Deutschland ist allein zwischen 2013 und 2015 um neun Prozent angestiegen (vgl. Destatis, 2017). Ende 2015 waren knapp 2,9 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig, von denen etwa ein Viertel vollstationär in einer Pflegeeinrichtung und etwa drei Viertel ambulant durch Angehörige und/oder einen Pflegedienst versorgt wurden. Pflegebedürftigkeit ist keine Randerscheinung, sondern zunehmend allgemeines Lebensrisiko vor allem für sehr alte Menschen (vgl. Kuhlmeier et al. 2013). Diese Entwicklungen begleiten fachliche und politische Debatten um die Qualität in der Pflege und deren Messung.

Bezogen auf das Altern und die Pflege bestehende Orientierungen sind mehrheitlich nur schwer mit der Vorstellung von einem Leben in einer stationären Pflegeeinrichtung vereinbar. Der Umzug in eine Pflegeinstitution wird vielmehr als schmerzhafter Einschnitt ins Leben, als Verlust der letzten Selbständigkeit antizipiert und auch teilweise erlebt. Untersuchungen zeigen, dass die Verarbeitung dieses kritischen Lebensereignisses umso eher gelingt, je bewusster der Heimeintritt geplant wird (vgl. Walter, 1995; Klingefeld, 1999). Allerdings erschweren einige Faktoren eine gezielte Gestaltung dieses Prozesses: Auf Seiten der Nutzer/-innen sind ein tabuisierter Umgang mit dem Thema Umzug in ein Pflegeheim, ein sich oftmals rasch verschlechternder Gesundheitszustand und ein damit einhergehender kurzfristiger Handlungsdruck sowie fehlendes Wissen um das Vorgehen bei der Suche nach einer geeigneten Pflegeeinrichtung zu nennen. Auf der Anbieterseite sind es mangelnde Übersichtlichkeit über die Angebotslandschaft, fehlende Transparenz der Qualität der einzelnen Pflegeeinrichtungen und zum Teil lange Wartelisten. Generell sind für eine selbstbestimmte Entscheidung bedarfsgerechte Informationen zur Bewertung der verschiedenen Alternativen erforderlich. Internationale Forschungen belegen, dass eine größere Informiertheit im Vorfeld auch mit einer höheren Zufriedenheit im Pflegeheim assoziiert ist (vgl. Klingefeld, 1999). Im Bewertungsprozess sehen sich Nachfrager/-innen der Pflegeleistungen zunächst zwei Anforderungen gegenüber: Erstens, Kriterien zu finden, nach denen entschieden werden soll, welche Pflegeeinrichtung im persönlichen Fall am besten geeignet ist, und zweitens, die entsprechenden Informationen zur Einschätzung der Qualität der Pflegeeinrichtung zu erlangen.

Einen Vorstoß in Richtung einer weiteren Verbesserung dieser Situation leistet das zweite Pflege-Stärkungsgesetz (PSG II), welches im Januar 2016 in Kraft getreten ist und u. a. eine Optimierung des Systems der Qualitätsbewertung und -darstellung in der stationären und ambulanten Pflege vorsieht. In diesem Kontext gilt es zu prüfen, welche Indikatoren für die Qualitätsberichterstattung aus Verbrauchersicht Relevanz besitzen. Hierbei soll gemäß Gesetz gewährleistet werden, dass diese für

Pflegebedürftige und ihre Angehörige *verständlich, vergleichbar und übersichtlich* präsentiert werden und den Entscheidungsprozess für eine Pflegeeinrichtung unterstützen

Zielstellung der vom Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft durchgeführten und vom Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) und dem AOK-Bundesverband beauftragten Studie ist es daher, verbraucherrelevante Qualitätskriterien aus Sicht Pflegebedürftiger und deren Angehöriger zu identifizieren. Der Fokus liegt auf jenen Kriterien, die für die Wahl einer *stationären* Pflegeeinrichtung entscheidend sind oder es waren.

2 Forschungsstand

In einem ersten Schritt wird der Begriff Pflegequalität konzeptualisiert, bevor auf die aktuelle Datenlage zur Qualitätsbewertung und Berichterstattung in der Pflege eingegangen wird. Des Weiteren wird eine Übersicht über verbraucherorientierte Entscheidungshilfen für die Pflegeheimauswahl gegeben, um anschließend den Forschungsstand zu resümieren und die Forschungsfragen abzuleiten.

2.1 Pflegequalität – konzeptioneller Hintergrund

Eine nach wie vor häufig zitierte Definition von Pflegequalität ist die Avenis Donabedians (1966), die er im Rahmen seines Qualitätsmodells vorstellt. Donabedian (1966) definiert Qualität in der Pflege als Grad der Übereinstimmung zwischen dem pflegerischen Ergebnis und dem vorherig formulierten Pflegeziel. Zur Qualitätsbeurteilung in der gesundheitlichen Versorgung differenziert er zwischen drei zentralen Qualitätsdimensionen: der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (vgl. Donabedian, 1966). Bezüglich der Versorgung in der stationären Pflege bezieht sich die Strukturqualität auf inhaltlich-organisatorische sowie strukturelle Rahmenbedingungen. Die Lage der Einrichtung, die umliegende Infrastruktur sowie bauliche Aspekte und die räumliche Ausstattung werden ebenso wie die Qualifikation und Weiterbildung des Personals als Strukturqualität definiert. Donabedian (1966) fasst Maßnahmen des Versorgungs- und Betreuungsablaufs und die systematische, fachlich adäquate Pflege unter dem Begriff der Prozessqualität zusammen. Eine sorgfältige und fachgerechte Pflegeanamnese, -planung und -dokumentation sind grundlegend für die Gewährleistung von Prozessqualität. Laut Donabedian (1966) ist die Ergebnisqualität das Resultat des gesamten Pflege-, Betreuungs- und Versorgungseinsatzes. Ergebnisqualität beschreibt dabei die Wirksamkeit der Pflege sowie das Wohlbefinden der Pflegebedürftigen.

Donabedians (1966) Konzeptualisierung des Pflegequalitätsbegriffs war und ist Gegenstand von Kontroversen. Er selbst verweist in einem späteren Artikel auf den limitierten Nutzen von Outcome-fokussierten Messungen der Pflegequalität und stellt dabei in Frage, ob die alleinige Fokussierung auf ergebnisorientierte Indikatoren zielführend für die effektive Qualitätsbeurteilung sei. Dabei führt

er einige Limitationen auf. Beispielsweise könnten bei der ergebnisfokussierten Qualitätsbeurteilung Faktoren vernachlässigt werden, welche nicht im Kontext der medizinischen Versorgung stehen, die Qualität in der Pflege jedoch maßgeblich beeinflussen (vgl. Donabedian, 2005). Zudem wird sein Modell dahingehend kritisiert, dass es eine lineare Relation der einzelnen Qualitätsparameter voraussetze, die den gesamten Versorgungsprozess überwiegend von pflegfachlicher, medizinischer sowie ökonomischer Sichtweise betrachtet, und somit potenzielle andere Faktoren, die zum (Miss-)Erfolg des Pflegeoutcomes beitragen können, ignoriere (vgl. Mittnacht, 2010; Stemmer & Arnold, 2014). Stemmer und Arnold (2014) heben hervor, dass es sich bei der Pflegequalität vielmehr um eine reziproke Beziehung zwischen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität handle. Auf Basis dieser Kritik nehmen die Autorinnen und Autoren Abstand von Donabedians Konzeptualisierung und differenzieren stattdessen zwischen versorgungsbezogenen, personalbezogenen sowie institutionsbezogenen Qualitätsindikatoren (vgl. Stemmer & Arnold, 2014).

Eine Vielzahl von Instrumenten zur Qualitätsprüfung stationärer Altenpflegeinstitutionen richtet sich nach dem Struktur-Prozess-Ergebnis-Modell. Dabei, so Roth (2002), zielen die Bemühungen um die Maximierung der Pflegequalität im stationären Sektor oftmals primär auf die Strukturqualität ab und lassen dabei andere Dimensionen, welche die ganzheitliche Pflegequalität konstituieren, außer Acht (vgl. Roth, 2002). Darüber hinaus stellt Josat (2005) fest, dass bei der Orientierung an Donabedians Modell meist die Verbraucherperspektive, resp. die der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen, unberücksichtigt bleibt (vgl. Josat, 2005). Da wissenschaftliche und professionelle Definitionen und Evaluationen von Pflegequalität jedoch häufig divergent von der Verbraucherperspektive sind, ist für die ganzheitliche Beurteilung der Qualität in der Pflege die Berücksichtigung beider Sichtweisen von Nöten (vgl. Kämmer, 2008; Roth, 2002).

Wird pflegerische Versorgung weniger als linearer Prozess, sondern als zirkulärer Aushandlungsprozess zwischen den einzelnen, kooperierenden Professionen und den Betroffenen sowie deren Angehörigen verstanden, so schafft dies Raum für eine intersubjektive, wertorientierte Betrachtung von Pflegequalität (vgl. Mittnacht, 2010). In der Literatur wird in diesem Kontext auf einen normativen Qualitätsbegriff hingewiesen, der neben objektiven Kriterien auch die individuellen Lebenswelten der Nutzer umfasst (vgl. Kämmer, 2008; Mittnacht, 2010). Kämmer (2008) spricht von einer „lebensweltorientierten Pflege“, welche sich nach den persönlichen Erfahrungshorizonten sowie den aktuellen individuellen Bedürfnissen und Wünschen des Einzelnen richtet (vgl. Kämmer, 2008). Angesichts dessen sind insbesondere Kriterien wie Lebensqualität und entsprechende Indikatoren (z. B. Wohlbefinden) zentral für die Definition und Evaluation von Pflegequalität. Auch andere Arbeiten heben eine bedürfnisorientierte und individuell ausgerichtete Versorgung als bedeutendes Pflege-

qualitätsmerkmal hervor (vgl. Curry & Stark, 2000; Josat, 2005; Josat et al., 2006; Rantz et al., 1999; Schenk et al., 2013).

2.2 Pflegequalität aus Verbrauchersicht

2008 gaben das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) einen Auftrag zur Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe an das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. Die primäre Zielsetzung bestand in der Entwicklung eines Instruments, das eine vergleichende Qualitätsberichterstattung ermöglicht, in die internen Qualitätsentwicklungen stationärer Altenhilfeeinrichtungen integrierbar und zudem für externe Qualitätsprüfungen zugänglich ist. Als zentrales Ergebnis stellten Wingenfeld et al. (2011) 29 Qualitätsindikatoren vor, welche in fünf Indikatoren-Sets gegliedert wurden: Erhalt und Förderung der Selbstständigkeit, Schutz vor gesundheitlichen Schädigungen und Belastungen, Unterstützung bei spezifischen Bedarfslagen, Wohnen und (hauswirtschaftliche) Versorgung und Tagesgestaltung und soziale Betreuung (vgl. Wingenfeld et al., 2011). Der vom GKV-Spitzenverband 2013 erteilte Auftrag zur „Durchführung einer Expertise zur Eignung von Indikatoren zur Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in der stationären Pflege im Bereich der sozialen Pflegeversicherung“ wurde von Stemmer und Arnold (2014: 10) mit Fokus auf die Reichweite der Indikatoren, Datengrundlage bzw. externe Qualitätsprüfung, Bewertungssystematik, Risikoadjustierung, sowie die Verbraucherperspektive bearbeitet. In ihrer Expertise beziehen sich die Autoren auf Wingenfeld et al. (2011) und konstatieren einen Weiterentwicklungsbedarf der entwickelten Indikatoren-Sets. Ihre Kritik gilt insbesondere der Phrasierung und Operationalisierung einzelner Indikatoren sowie der Vernachlässigung relevanter Output Parameter. So verweisen sie darauf, dass eine Vielzahl der Indikatoren nur eingeschränkt auf das tatsächliche Informationsbedürfnis der Verbraucher/-innen eingehe. In diesem Zusammenhang legen Stemmer und Arnold nahe, Indikatoren, die beispielsweise auf das Kriterium Selbstständigkeit abzielen, um die Perspektive der Pflegeheimbewohner/-innen zu erweitern. Zudem empfehlen sie, das Kriterium Lebensqualität zu erfassen. Die Autorinnen ziehen das Fazit, dass der Fokus eines Instruments auf die gesundheitsbezogene Ergebnisqualität nicht sinnvoll sei, da sich (künftige) Pflegeheimbewohner/-innen und ihre Angehörigen bei der Auswahl einer stationären Pflegeeinrichtung primär an strukturellen und prozessualen Kriterien orientieren würden. Daher empfehlen sie, die Qualitätsberichterstattung nicht einzig auf Outcomes zu konzentrieren, sondern prozess- und strukturfokussierte Indikatoren zu integrieren (vgl. Stemmer & Arnold, 2014).

Eine ähnliche Bilanz ziehen Geraedts et al. (2011) in ihrer Begutachtung der bis dato eingesetzten Beurteilungskriterien für die Auswahl einer Pflegeeinrichtung. Sie verweisen beispielsweise auf die vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) zusammengetragenen 82 Items zu inhaltlichen

Beurteilungs- und Auswahlkriterien für Pflegeheime sowie auf die Zufriedenheit Pflegebedürftiger. Ebenso wie Hasseler et al. (2010) konstatieren sie die Unzulänglichkeit des genutzten Instruments und betonen zudem dessen mangelnde Reliabilität und Validität (vgl. Geraedts et al., 2011; Hasseler & Wolf-Ostermann, 2010).

Eine weitere Kritik an der Qualitätsberichterstattung in der Langzeitpflege bezieht sich darauf, dass die Verbraucherperspektive bisher nicht beachtet werde. Geraedts et al. (2011) kritisieren an bestehenden Beurteilungskriterien für Pflegeeinrichtungen, dass die die Perspektive der Pflegebedürftigen und deren Angehöriger unberücksichtigt bleibe (vgl. Geraedts et al., 2011). Bolz (2016) unterstreicht in diesem Zusammenhang die Notwendigkeit, die „wahrgenommene Versorgungsqualität“ der Verbraucher/-innen zu adressieren, da Patientinnen und Patienten sowie Angehörige über Erkenntnisse und Erfahrungshorizonte verfügen, die von hoher Relevanz für die Beurteilung von Pflegequalität seien (vgl. Bolz, 2016). Auf Basis ihrer Kritik erarbeiteten Geraedts et al. (2011) im Rahmen des Gesundheitsmonitors ein Instrument zur Befragung der Allgemeinbevölkerung nach Beurteilungskriterien für die Auswahl einer Pflegeeinrichtung. Sie entwickelten dieses u. a. unter Berücksichtigung der Ergebnisse vorangegangener Untersuchungen in der ambulanten und stationären Versorgung (vgl. Geraedts, 2006, 2008). Die Ergebnisse der Befragung von 1.782 Personen wurden im Gesundheitsmonitor 2011 vorgestellt. 16 Prozent der Befragten gaben an, bereits einmal eine Entscheidung bzgl. der Auswahl einer Pflegeeinrichtung getroffen zu haben (vgl. Geraedts et al., 2011). Eine Rangliste der zehn am häufigsten als „wichtig“ beurteilten Aspekte bei einer . Auswahl einer Pflegeeinrichtung demonstriert, dass – aus Verbrauchersicht – personalbezogene Kriterien (z. B. respektvoller Umgang mit den Pflegebedürftigen) und versorgungsbezogene Qualitätskriterien (z. B. ausreichend Zeit für die Pflege) von größter Bedeutung sind. Kriterien (vgl. Geraedts et al., 2011).

In einigen weiteren Studien wird ebenfalls konstatiert, dass Pflegequalität aus Verbraucherperspektive vorwiegend ein hohes Maß an kommunikativen und zwischenmenschlichen Kompetenzen des Personals sowie das Wohlbefinden der Pflegebedürftigen bedeute (IfD Allensbach, 2009; Josat et al., 2006; Mittnacht, 2010). Auch internationale Studien nähern sich der Definition und Evaluation der Pflegequalität seitens der Verbraucher/-innen und kommen zu ähnlichen Ergebnissen wie deutsche Untersuchungen. Zum Beispiel ermitteln Rantz et al. (1999) in ihrer US-amerikanischen konsumentenfokussierten explorativen Studie, basierend auf elf Fokusgruppeninterviews, sechs Qualitätsdimensionen für die stationäre Altenpflege: Personal, pflegerische Versorgung, Familieneinbindung, Kommunikation, Umgebung und Einrichtung, heimische Atmosphäre und Kosten. Die Dimensionen Personal und pflegerische Versorgung identifizieren sie als zentral für die Qualitätsbeurteilung der Pflege aus Sicht der Verbraucher/-innen (vgl. Rantz et al., 1999).

Die bisher vorgestellten Ergebnisse zeigen die Bedeutung der Verbraucherperspektive im Pflegekontext auf. Jedoch wird die Verbraucherperspektive häufig undifferenziert betrachtet – in diesem Zusammenhang wird in der Literatur vermehrt auf die Notwendigkeit zur Unterscheidung zwischen der Perspektive der Pflegebedürftigen und der der Angehörigen hingewiesen (vgl. Josat et al., 2006; Nübling et al., 2004; Roth, 2002). So betonen Nübling et al. (2004) auf Basis ihrer Befragung einer selektiven Stichprobe von n=1.489 Angehörigen von Pflegebedürftigen aus acht deutschen Bundesländern die zentrale Rolle der Angehörigen bei der Qualitätsbewertung des internen Qualitätsmanagements in Altenpflegeeinrichtungen, da diese häufig primären Einfluss auf die Pflegeheimauswahl nehmen (vgl. Nübling et al., 2004). Viele pflegebedürftige Menschen erleben aufgrund einer plötzlich eintretenden Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes einen prompten Umzug von der heimischen Wohnsituation in eine Pflegeeinrichtung, sodass wenig Planungs- und Vorbereitungszeit für diese Statuspassage bleibt. Oftmals werden Pflegeheime daher ad hoc, unter Druck und ohne weiteres Abwägen ausgewählt. Bei der Suche und Bewertung einer geeigneten Einrichtung sowie der Wahlentscheidung spielen Angehörige oder andere Vertreter/-innen der Betroffenen eine große Rolle (vgl. Kelle et al., 2014; Roth, 2002). Zur Gewährleistung der Verbraucherzufriedenheit und der Pflegequalität ist also, neben der Anpassung der Versorgung an die pflegebedürftige Person, auch die Orientierung des Pflegeprozesses an den Wünschen, Bedürfnissen und der Expertise derer, die sie bei der Entscheidung unterstützen, von weitreichender Bedeutung. Im Abschlussbericht zum Projekt „MUG IV – Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in stationären Pflegeeinrichtungen“ des BMFSFJ heißt es: „Wenn Angehörige einbezogen werden und sich in der Einrichtung willkommen fühlen, können sie ihr Wissen und ihre Vorstellungen in die Versorgung einbringen und so das Wohlbefinden der pflegebedürftigen Menschen auf vielfältige Weise fördern“ (BMFSFJ, 2007, S.342).

Die Perspektive Angehöriger auf Kriterien der Pflegequalität wird in einigen Arbeiten untersucht: Auf Grundlage einer Einzelfallstudie zur Befragung Angehöriger der Bewohner/-innen eines deutschen privaten Altenpflegeheims erörtert Josat (2005) beispielsweise Qualitätskriterien, die Angehörige Pflegebedürftiger als wichtig erachten. Auf Basis ihrer Einzelfallstudie konkludiert die Autorin u. a., dass „Angehörige eine klare Trennung zwischen Qualitätskriterien, die für sie selbst wichtig sind, und solchen, die sie für die Bewohner als wichtig erachten [, vornehmen]“ (Josat, 2005, S.173). Darüber hinaus demonstriert eine Literaturanalyse von 13 internationalen Forschungsartikeln die divergierende Präferenzsetzung verschiedener Qualitätskriterien von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern sowie Angehörigen. Während Pflegebedürftige demnach primär Qualitätskriterien als besonders wichtig einstufen, die sich auf die autonome Lebensführung und selbstständige Gestal-

tung sozialer Interaktionen beziehen, legen Angehörige besonderen Wert auf die Qualität der Versorgung sowie auf einige die Strukturqualität betreffende Kriterien (vgl. Josat et al., 2006).

Andere internationale Studien verweisen ebenfalls auf die häufig inkongruente Präferenzsetzung einzelner Qualitätskriterien von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern sowie Angehörigen. Beispielsweise untersuchen Curry und Stark (2000) den Nutzen eines Instruments (Servqual) zur Messung der Servicequalität in stationären Pflegeheimen anhand einer Gegenüberstellung der Erwartungen an den Service sowie der Zufriedenheit mit der Einrichtung von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern sowie Angehörigen. Die Daten der Studie basieren auf einer selektiven Stichprobe mit n=153 (78 Bewohner, 75 Angehörige) aus 88 Pflegeeinrichtungen in Großbritannien und Irland. Hinsichtlich der teils divergenten Priorisierungen von Qualitätskriterien von Angehörigen und Bewohnerinnen und Bewohnern befürworten die Autoren einen engeren, aktiven Einbezug von Angehörigen in die Planung der Pflege, sodass die spezifischen Bedarfe der Pflegebedürftigen seitens der Angehörigen sowie des Personals umfassender verstanden und in die Planung integriert werden kann. Zudem halten Curry und Stark fest, dass das Personal zusätzlich mit Hinblick auf die Servicequalität ausgebildet werden und dabei der Schwerpunkt auf die Berücksichtigung der individuellen Prioritäten und Wünsche der Nutzer liegen sollte (Curry & Stark, 2000). Eine US-Amerikanische komparative Studie vergleicht die Erwartungen an die Qualität in der Pflege von 203 Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern, 57 Angehörigen sowie 95 Beschäftigten in der Langzeitpflege aus zehn Einrichtungen, welche mittels einer willkürlichen Stichprobe gezogen wurden. Die Ergebnisse dieser Studien zeigen, dass neben der zu berücksichtigenden Divergenz zwischen den Bedarfen und Erwartungen bzgl. der Pflegequalität von Angehörigen und Pflegebedürftigen eine signifikante Diskrepanz zwischen den Erwartungen der Dienstleister und der Nutzer vorliegt, welche, so Duffy et al. (2001), mit erhöhter Unzufriedenheit auf Seiten der Nutzer einhergeht. Um die Zufriedenheit der Pflegebedürftigen und somit die Qualität der Pflege zu verbessern, betonen die Autoren die Relevanz der Berücksichtigung der divergierenden Perspektiven für die Weiterentwicklung der Qualitätsberichterstattung in der Langzeitpflege (Duffy et al., 2001).

2.3 Zentrale verbraucherorientierte Entscheidungshilfen für die Pflegeheimauswahl

Roth (2002) erläutert, dass Pflegebedürftige, die sich vor der Auswahl eines Pflegeheims umfassend informiert, zufriedener als andere sind und den meist als äußerst schmerzhaft empfundenen sowie mit dem Verlust von Autonomie und Selbstständigkeit verknüpften Einzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung häufig besser überwinden, wenn dieser Übergang zuvor tiefgehend vorbereitet und geplant wurde (vgl. Roth, 2002). Vor diesem Hintergrund ist die Relevanz verbraucherorientierter Entscheidungshilfen für die Pflegeheimauswahl zu betonen. Um (zukünftigen) Pflegebedürftigen und

Angehörigen eine differenzierte Entscheidungsfindung zu erleichtern, wurden diverse Checklisten und andere Entscheidungshilfen erarbeitet, von welchen einige im Folgenden vorgestellt werden.

Der AOK-Pflegenavigator ist ein internetbasiertes Instrument, das 2006 zunächst als Online-Instrument zur Pflegeheimsuche entwickelt und 2007 um die Suche nach ambulanten Pflegediensten erweitert wurde. 2012 wurden die bis dato parallel bestehenden Pflegeheim- und Pflegedienstnavigatoren zusammengeführt. Seither fungiert der AOK-Pflegenavigator als Portal zur Suche von diversen Pflegeeinrichtungen. Dieses Suchinstrument u. a. bietet dem Nutzer einen umfassenden Überblick über circa 13.000 stationäre Pflegeeinrichtungen. Mithilfe des Navigators lassen sich bundesweit Angebote zur (voll-) stationären, sowie Kurzzeit- und Tages-, resp. Nacht-, pflege gezielt nach verschiedenen Suchkriterien recherchieren. Beispielsweise werden unter den vier Qualitätsbereichen „Pflegerische Leistungen“, „Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen“, „Dienstleistung und Organisation“ und „Befragung der Kunden“ entsprechende Qualitätskriterien als Suchfilter angeboten. Zudem kann die Suche nach einem geeigneten Pflegeangebot über Angaben wie die Lage und den Preis eingegrenzt werden. Darüber hinaus stellt der Pflegenavigator spezifische Informationen der einzelnen Einrichtungen bereit, wie beispielsweise bzgl. der Finanzierungsmöglichkeiten seitens der Pflegekassen. Zur transparenten Übersicht werden im Pflegenavigator für die einzelnen Pflegeeinrichtungen die Resultate der vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und dem Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung unternommenen Qualitätsprüfungen aufgeführt (AOK, 2017).

Im Jahr 2000 gab das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Zusammenarbeit mit dem Sozialministerium Baden-Württemberg die Broschüre „Auf der Suche nach einem Heim. Leitfaden zur Wahl eines Pflegeplatzes“ heraus. Erarbeitet wurde die Broschüre von einer Projektgruppe des Landesseniorenrats Baden-Württemberg (vgl. BMFSFJ, 2000). Ziel war es, pflegebedürftige Ältere ebenso wie deren Angehörige oder Betreuer/-innen bei der Suche nach einer geeigneten Pflegeeinrichtung zu unterstützen. Die Broschüre umfasst eine Checkliste und eine Handlungsanleitung mit Hinweisen zum Vorgehen bei der Heimplatzsuche. Die Checkliste ist in 12 Themenbereiche gegliedert, z. B. Individueller Wohnbereich, Pflege und Beratung. Sie kann als ein Instrument für die individuelle, persönliche Evaluation einzelner Pflegeeinrichtungen genutzt werden.

Die von der Bertelsmann Stiftung betriebene Plattform „Weisse Liste“ stellt Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen eine Checkliste für die Auswahl einer stationären Pflegeeinrichtung zur Verfügung (vgl. Bertelsmann Stiftung, 2016). Die Checkliste wurde in Kooperation mit Vertreterinnen und Vertretern von Patienten und Verbrauchern sowie der Pflegeberatung auf Basis einer wissenschaftlichen Literaturrecherche mit Fokus auf die Bedürfnisse Pflegebedürftiger und derer Angehöriger sowie der Auswertung bereits vorhandener Checklisten entwickelt. Das ZQP hat die Entwicklung der

Pflege-Checkliste unterstützt. Die ursprüngliche Version besteht aus 25 Items, welche in sieben Themenbereiche gegliedert sind: Lage und Erreichbarkeit, Wohnen und Ausstattung, Verpflegung und Tagesgestaltung, Pflege und Betreuung, Ärztliche und therapeutische Versorgung, Leistungen und Kosten, Betreuung und Demenz). Die Checkliste gibt Verbraucherinnen und Verbrauchern die Möglichkeit, ihre Präferenzsetzung einzelner Auswahlkriterien sowie Wünsche und andere Bemerkungen bezüglich der einzelnen Fragen zu notieren. Zudem bietet sie Gelegenheit, die Bewertung der einzelnen Punkte für drei Pflegeheime vergleichend festzuhalten.

Eine weitere Checkliste zur vergleichenden Beurteilung von stationären Pflegeeinrichtungen wurde 2007 von der Arbeitsgemeinschaft Berliner Koordinierungsstellen im Rahmen der Initiative „Rund ums Alter“ erstellt. Diese Liste beinhaltet sechs Themenbereiche, innerhalb welcher zentrale Fragen bezüglich der Auswahlkriterien eines Pflegeheims (z. B. Lage der Einrichtung – Besteht eine direkte Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr?) von Pflegebedürftigen dichotom (ja/nein) beantwortet werden können und somit der Entscheidungshilfe dienen (vgl. ABK, 2007).

2.4 Resümee zum Forschungsstand und Forschungsfrage

Die durchgeführte Literaturrecherche zeigt, dass eine Vielzahl an Studien bereits unterschiedliche Qualitätsbereiche und -kriterien bezüglich der Pflegeheimauswahl identifizieren konnte. Um zu berichtende Qualitätskriterien in der stationären Pflege angemessen definieren zu können, ist die Einbeziehung und Kenntnis sowohl der Experten- als auch der Nutzerperspektive erforderlich. Die Nutzerperspektive findet jedoch nach wie vor wenig Beachtung in der wissenschaftlichen Debatte um Qualitätskriterien im Pflegesektor. Gleichzeitig zeigen Studienergebnisse, dass Experten- und Nutzerperspektiven divergieren. Während der Fokus der Verbraucher/-innen primär auf prozessualen und strukturellen Qualitätskriterien liegt, dominieren im Diskurs der Pflegeexperten eher die Ergebnisqualität betreffende Kriterien. Intention der vorliegenden Studie ist es daher, die Verbraucherperspektive in den Mittelpunkt der Betrachtung zu stellen.

Studien differenzieren zudem häufig nicht zwischen der Perspektive der Pflegebedürftigen und der ihrer Angehörigen, obgleich auch Unterschiede in der Qualitätsbeurteilung von Angehörigen und Pflegebedürftigen nachgewiesen wurden. Daher erfasst die vorliegende Studie, ob die Angaben durch den Pflegebedürftigen, seinen Angehörigen oder durch beide gemeinsam getätigt wurden. Dies erlaubt, differenzierte Aussagen über die jeweiligen Präferenz- und (potenziellen) Entscheidungsmuster von Pflegebedürftigen und Angehörigen zu treffen.

In die Studie werden sowohl ambulant als auch stationär versorgte Pflegebedürftige einbezogen. Es ist davon auszugehen, dass die Gewichtung von Auswahlkriterien für eine *stationäre* Einrichtung je nach aktuellem Erfahrungshorizont differiert. Die Präferenzen werden daher im Ergebnisteil nach

Versorgungsart stratifiziert. So können Präferenzen für Auswahlkriterien identifiziert werden, die auf tatsächlichen Erfahrungen basieren, und verglichen werden mit solchen, die auf einer hypothetischen Betrachtung beruhen.

3 Vorgehensweise, Methoden und Daten

Die vorliegende quantitative Untersuchung beruht auf einer postalischen Befragung von AOK-Versicherten, welche im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) als pflegebedürftig eingestuft wurden. Eingeschlossen wurden damit auch Personen, die ausschließlich durch Angehörige versorgt werden und aktuell weder eine ambulante noch eine stationäre Versorgungsleistung, sondern einzig Pflegegeld beziehen. Vorteile einer schriftlich-postalischen Befragung etwa im Vergleich zu Face-to-face-Interviews liegen in dem deutlich geringeren Aufwand und dem Ausschluss von Interviewer-Effekten. Das eingesetzte quantitative Setting hat weiterhin den Vorteil, dass Angaben über eine größere Anzahl an pflegebedürftigen AOK-Versicherten generiert und verglichen werden können, welche Rückschlüsse auf alle pflegebedürftigen AOK-Versicherten ermöglichen. Nachteile sind in den höheren Teilnahmeschwellen für eine schwer befragbare, vulnerable Gruppe zu sehen, wie sie Pflegebedürftige darstellen, sowie in den daraus resultierenden möglichen Selektionseffekten. Es ist davon auszugehen, dass sich mit steigender Pflegebedürftigkeit die Bereitschaft sowie die (physischen und/oder kognitiven) Voraussetzungen für die Teilnahme an der Befragung einschränken. Besonders schwer zu erreichen sind Personen, die in Institutionen leben. Die erschwerte Erreichbarkeit dieser Teilgruppe sowie vorliegende gesundheitliche Beeinträchtigungen können zu systematischen Ausfällen führen. Die Stichprobenplanung wurde daher so gestaltet, dass systematische Verzerrungen möglichst minimiert werden (siehe 2.1).

Die Hauptdatenerhebung wurde im Zeitraum von Mitte Februar 2017 bis Ende April 2017 durchgeführt. Der Versand der Fragebögen wurde durch die einzelnen AOKen realisiert. Die Versicherten erhielten entsprechend ihrer Versorgungsart eine ambulante oder eine stationäre Version des Fragebogens. Zusätzlich wurden der Sendung zum Einen ein Informationsschreiben zu Hintergrund und Zielsetzung der Studie, zu datenschutzrechtlichen Regelungen und zum Ablauf der Befragung, sowie zum Anderen einen frankierten Rückumschlag (Porto zahlt der Empfänger) beigelegt. Für den Rücklauf wurde ein Postfach eingerichtet und an das Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaften adressiert.

3.1 Stichprobenkonzept

Sampledesign und Stichprobengröße

Formuliertes Ziel war es, eine Stichprobe aus den AOK-versicherten pflegebedürftigen Personen zu ziehen („Grundgesamtheit“), welche diese repräsentativ abbildet. Eine Stichprobe wird als repräsentativ bezeichnet, wenn sie in der Verteilung aller untersuchungsrelevanten Merkmale der Grundgesamtheit entspricht, d. h. eine Strukturgleichheit zwischen Stichprobe und Grundgesamtheit besteht (Berekoven, Eckert & Ellenrieder, 2006). Merkmale, die in amtlicher Statistik dokumentiert sind und anhand derer die Repräsentativität der Stichprobe überprüft werden kann, sind u. a. die „Versorgungsart“, das „Geschlecht“ sowie die „Pflegestufe (inkl. PS 0)/PEA-Status¹“.

Das Sampledesign beruht auf einer disproportional geschichteten Zufallsstichprobe. Als Schichtungsmerkmale fungierten Art der Versorgung (ambulant/stationär), Geschlecht sowie die Pflegestufe/PEA-Status. Innerhalb der definierten Schichten wurden die Versicherten zu gleichen Anteilen mittels einfacher Zufallsauswahl selektiert (vgl. Schnell et al., 1999). Dies hat u. a. den Vorteil, auch „schwach besetzte“ Teilstichproben (bspw. pflegebedürftige Männer der Pflegestufe 3) ohne Bias zu repräsentieren. Durch eine nachträgliche Gewichtung können die Verhältnisse der Grundgesamtheit wiederhergestellt werden. Neben der angestrebten Repräsentativität ist weiterhin die Ermittlung eines optimalen Stichprobenumfangs wesentlich. Die Wahrscheinlichkeit statistisch signifikante Effekte zu messen, hängt neben der Stichprobengröße maßgeblich von der Stärke der Effekte ab. Hierzu konnten zu Studienbeginn allerdings nur sehr vage Prognosen angestellt werden, da bisher keine Zahlen über die Wertigkeit verschiedener Qualitätskriterien, welche das Entscheidungs- bzw. Auswahlverhalten der Verbraucher/-innen beeinflussen, vorliegen. Grundsätzlich wurde jedoch davon ausgegangen, dass sich die Effekte in kleinen bis mittleren Bereichen bewegen.

Für die geplanten Analysen wurde eine Mindestgröße der Netto-Stichprobe von 1.792 als notwendig erachtet. Die Stichprobenkalkulation beruht auf statistisch ermittelten Richtwerten, welche für jede Merkmalskombination eine Zellenbesetzung von 64 Personen vorsieht, um mittlere Effekte ($\delta=0,5$) hinsichtlich Mittelwertdifferenzen nachweisen zu können (vgl. Faul et al., 2009). Dieser ermittelte optimale Stichprobenumfang je Gruppe entspricht statistischen Konventionen und beruht auf einer Teststärke von $1-\beta=0,80$ und einem Signifikanztest $\alpha=0,05$. Insgesamt wurde in der Modellannahme von 28 Zellen ausgegangen (Art der Versorgung*Geschlecht*Pflegestufe/PEA-Status), die als relevant für diskriminierende Bewertungskriterien eingeschätzt werden. Da für stationär versorgte Pflegebedürftige eine besonders geringe Response erwartet wurde, wurde weiterhin für diese Gruppe ein Oversampling mit dem Faktor 1,3 angesetzt. Die Zielpopulation in Rechnung stellend, wurde ein

¹ Personen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (PEA)

Rücklauf von etwa 10 Prozent kalkuliert, wodurch sich eine Brutto-Stichprobengröße von 20.608 pflegebedürftigen Versicherten ergibt.

Stichprobenziehung

Für die Stichprobenziehung wurde von jeder der elf AOKen ein identisches Stichprobenkonzept angewendet. Der hierfür entwickelte Ziehungsalgorithmus berücksichtigte neben den Schichtungsmerkmalen (Art der Versorgung, Geschlecht, Pflegestufe/PEA-Status) zusätzlich die jeweiligen Anteile der pflegebedürftigen AOK-Versicherten in den einzelnen AOKen. Entsprechend jener Anteile wurde der Stichprobenumfang pro AOK festgelegt.

Datenschutz und Ethikvotum

Die Befragung basiert auf den Prinzipien der Freiwilligkeit und Anonymität. In der Teilnehmerinformation wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass eine Teilnahme mit keinerlei Nachteilen (bspw. bezogen auf Leistungsansprüchen) für die Befragten verbunden ist. Das Vorgehen sowie das Befragungsinstrument wurden seitens des AOK-Bundesverbandes datenschutzrechtlich geprüft. Zusätzlich wurde ein positives Ethikvotum durch die Ethikkommission der Charité eingeholt.

3.2 Fragebogenkonstruktion

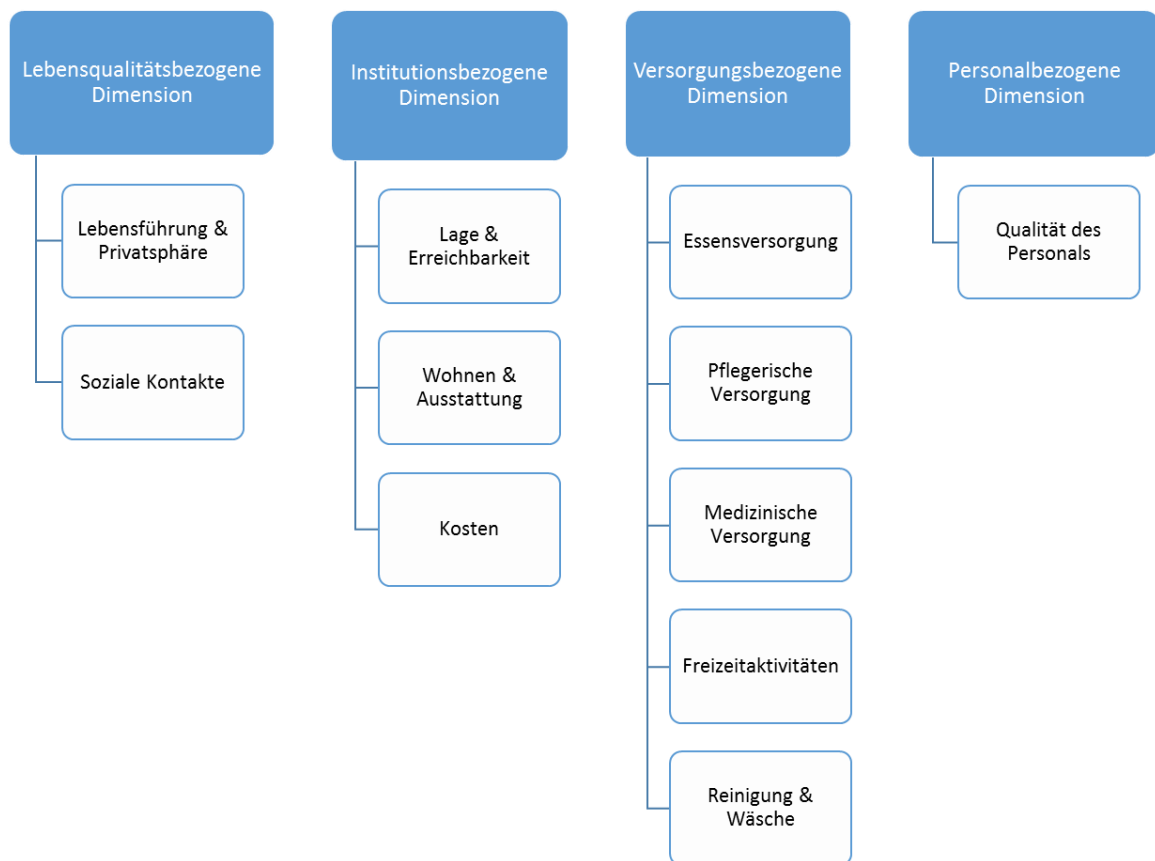
Es wurde ein Fragebogen konzipiert, der sich an die Pflegebedürftigen und deren Angehörigen richtet und nutzerrelevante Bewertungskriterien für die Auswahl von Pflegeeinrichtungen identifiziert. Dabei wurden die derzeitige Studienlage sowie die skizzierten Entscheidungshilfen gesichtet und bei der Konstruktion des Befragungsinstruments berücksichtigt (vgl. ABK, 2007; BMFSFJ, 2000; IfD Allensbach, 2009; Geraedts, 2011). In die Fragebogenkonstruktion gehen damit Ergebnisse sowohl aus qualitativen als auch quantitativen Studien ein. Der Fragebogen gliedert sich in vier thematische Blöcke: (1) Personen- und pflegebezogene Daten, (2) Erfassung von Kriterien der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie zusätzliche Informationen, welche aus Sicht der Nutzer/-innen relevant sind, um stationäre Pflegeeinrichtungen vergleichen zu können, (3) wichtigste und unwichtigste Qualitätsbereiche, (4) technische Daten, wie z. B. Informationen über die ausfüllende Person.

Im ersten Teil des Fragebogens werden sowohl personenbezogene Daten als auch pflegebezogene Merkmale der pflegebedürftigen Versicherten abgefragt. Hierbei sind neben dem Geschlecht, Geburtsjahr, der Wohnsituation, dem Bildungshintergrund sowie dem Einkommen vor allem pflegebezogene Merkmale wie beispielsweise die Pflegestufe resp. der Pflegegrad von Interesse.

Der zweite Themenblock enthält eine Reihe von Kriterien, die für die Beurteilung und den Vergleich von Pflegeeinrichtungen von Bedeutung sind. Insgesamt wurden 79 Kriterien in den Fragebogen aufgenommen und vier Qualitätsdimensionen zugeordnet: Institutionsbezogene Qualitätsdimension,

Personalbezogene Qualitätsdimension, Versorgungsbezogene Qualitätsdimension, Lebensqualitätsbezogene Qualitätsdimension (siehe Abbildung 1). In der konzeptionellen Umsetzung des Fragebogens wurden diese vier Qualitätsdimensionen durch zehn Qualitätsbereiche erfasst. Hierzu zählen Lage und Erreichbarkeit, Wohnen und Ausstattung, Kosten, Essen und Trinken, Pflege, medizinische Versorgung, Freizeitaktivitäten, Wäsche und Reinigung, Lebensführung und Privatsphäre sowie soziale Kontakte. Der Qualitätsbereich Pflege umfasste dabei neben pflegebezogenen (Versorgungsbezogene Dimension) auch personalbezogene Qualitätskriterien (Personalbezogene Dimension). Die verwendeten Items beziehen sich auf verschiedene Kriterien der pflegerischen Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität.

Abbildung 1: Qualitätsdimensionen



Quelle: Studie zur Weiterentwicklung der Qualitätsberichterstattung in der Langzeitpflege

Der dritte Fragenblock setzt die zehn Qualitätsbereiche (Lage und Erreichbarkeit, Wohnen und Ausstattung, Kosten, Essen und Trinken, Pflege, medizinische Versorgung, Freizeitaktivitäten, Wäsche und Reinigung, Lebensführung und Privatsphäre sowie soziale Kontakte) ins Verhältnis zueinander, um Erkenntnisse darüber zur erlangen, welcher Bereich aus Sicht der Verbraucher/-innen insgesamt der Wichtigste bei der Auswahl einer stationären Pflegeeinrichtung ist.

Abschließend werden im vierten Themenblock technische Daten erfasst, die Auskunft darüber geben, wer den Fragebogen ausgefüllt hat (Pflegebedürftiger alleine, Pflegebedürftiger gemeinsam mit Angehörigen, Angehöriger alleine) und im Falle einer Unterstützung durch Angehörige zusätzlich deren soziodemographischen Daten abfragt.

In der Konstruktion des Fragebogens wurde weiterhin berücksichtigt, dass die Versorgung der Pflegebedürftigen entweder durch eine stationäre Pflegeeinrichtung oder durch einen ambulanten Pflegedienst bzw. durch deren Angehörige erbracht wird. Diesen Variationen in der Art der Versorgung wurde Rechnung getragen, indem zwei Fragebogenversionen (ambulant/stationär) konzipiert wurden, welche analog zueinander aufgebaut wurden, jedoch die Unterschiede in der Versorgung durch spezifische Zusatzfragen sowie durch eine angepasste Frageformulierung berücksichtigten. Es gilt bei der Konstruktion des Erhebungsinstrumentes als auch bei der Ergebnisinterpretation des Weiteren zu beachten, dass stationär Versorgte die Qualitätskriterien aufgrund ihrer Erfahrungswerte einschätzen, wohingegen die ambulant Versorgten sich in ein potenziell eintreffendes Szenario versetzen müssen. Den Bewertungen und Einschätzungen liegen daher unterschiedliche Erfahrungsebenen zugrunde.

Die Befragung von pflegebedürftigen Personen führt zu besonderen Herausforderungen in der Fragebogenkonstruktion. Neben der inhaltlichen Praktikabilität ist die Angemessenheit des Instrumentes für die Zielgruppe zentral. Ziel der Konstruktion des Fragebogens sollte es sein, diesen so zu gestalten, dass er für alle Pflegebedürftigen – unabhängig von Bildungsstand, Alter und dem Grad der Pflegebedürftigkeit – gleichermaßen verständlich und beantwortbar ist. Dies betraf sowohl die Itemkonstruktion als auch die Differenziertheit der Antwortskalen. Mit Hilfe der Erhebungsmethode Rating (Bewertung) können Präferenzen gemessen werden. (vgl. Mühlbacher, 2014). Das Präferenzmaß ist relativ einfach zu erheben, weist aber methodische Schwächen auf. So neigen Befragungsteilnehmer beim Rating beispielsweise dazu, wenig diskriminierende Bewertungen abzugeben, welches in seiner Konsequenz zu einer mangelnden Differenziertheit der Ergebnisse führt. Um diesen Umstand Rechnung zu tragen, wurde eine Skalierung gewählt, die sich auf dem Wichtigkeitsstrang („überhaupt nicht wichtig“, „nicht sehr wichtig“, „etwas wichtig“, „sehr wichtig“, „entscheidend“) bewegt und sich an eine erprobte Skala des International Social Survey Programme (ISSP) anlehnt (vgl. Prüfer et al., 2003).

Trotz einer auf die Untersuchungsgruppe angepassten Fragenformulierung kann nicht ausgeschlossen werden, dass Fragen sowie dazugehörige Antwortskalen falsch interpretiert bzw. nicht verstanden werden und deutliche Schwierigkeiten bei der selbständigen Bearbeitung hervorrufen. Durch Fehlinterpretationen können Antworten nicht der Intention der Frage entsprechen und hierdurch verzerrt sein. Unterstützen Dritte (Angehörige/Betreuer/-innen) die Bearbeitung des Fragebogens,

so kann (unerwünschter) Einfluss auf die Beantwortung genommen werden. Neben den angesprochenen Verständnisproblemen war bei der Konstruktion des Fragebogens zudem zu beachten, dass nachlassende sensorische und sensitive Fähigkeiten bei pflegebedürftigen Personen zu Problemen beim Ausfüllen von Fragebögen führen können, welche sich bei postalischen Befragungen ggf. in geringen Rücklaufquoten widerspiegeln (vgl. Mishara & McKim 1993). Um dies aufzufangen, wurde der Hinweis formuliert, dass der Fragebogen von der pflegebedürftigen Zielperson allein, aber auch in Unterstützung mit einer Person (Angehörige, Pflegepersonal, gesetzliche Betreuer) oder durch den Angehörigen/gesetzliche/-n Betreuer/-innen in Form eines Proxy-Interviews ausgefüllt werden kann. Es steht zu vermuten, dass in diesem Fall die Präferenzsetzungen des Angehörigen sowohl die des Pflegebedürftigen als auch die eigenen mit einfließen. Um dies bei der Interpretation berücksichtigen zu können, wurde eine entsprechende Frage zu den ausfüllenden Personen in den Fragebogen integriert (siehe technischer Fragenblock).

Zu berücksichtigen waren weiterhin eine altersangemessene Formatierung (Schriftgröße) und Sprache, Farbgestaltung sowie Länge des Fragebogens. Hierzu wurden beispielsweise in der Itemformulierung die Regeln für leichte Sprache (vgl. Maaß, 2015) angewandt und durch Piktogramme die verschiedenen Qualitätsbereiche visualisiert.

3.3 Pretest

Im Vorfeld der Hauptbefragung wurde im Zeitraum von Ende November 2016 bis Anfang Januar 2017 der quantitative Fragebogen zu nutzerrelevanten Bewertungskriterien für die Auswahl an Pflegeeinrichtungen einem Pretest unterzogen und auf seine Eignung hin getestet. Für die Durchführung des Pretests wurde eine Methodenkombination aus quantitativen und qualitativen Anteilen angewendet. In einem ersten Schritt beantworteten fünf pflegebedürftige Personen respektive deren Angehörige den Fragebogen probeweise und unter Berücksichtigung der Aspekte Verständlichkeit von Fragen und Antwortmöglichkeiten, Fehlende Bewertungs- und Qualitätskriterien, Länge des Fragebogens. Anschließend wurden Kommentare und Anmerkungen in einem persönlichen Gespräch mit der Studienmitarbeiterin besprochen und diskutiert. Die Pretest-Teilnehmer/-innen schätzten den Fragebogen als verständlich ein. Lediglich die Länge des Fragebogens wurde von zwei Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmern als zu umfangreich eingeschätzt.

In einem zweiten Schritt wurde der Fragebogen unter „Realbedingungen“ getestet. Mit dem Ziel eine Pretest-Stichprobe von mindestens 50 Teilnehmerinnen bzw. Teilnehmern zu realisieren und unter der Annahme einer maximalen Rücklaufquote von 10 Prozent, wurden insgesamt 588 Fragebögen an pflegebedürftige Versicherte zweier AOKen verschickt. Die angestrebte Rücklaufquote konnte mit 14,3 Prozent übertroffen werden, welche 84 Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmern ent-

sprach. Allerdings kam es im Fragebogenversand durch eine AOK zu Verwechslungen der Fragebogen-Versionen. So erhielten stationär Versorgte die ambulante Variante und ambulant Versorgte die stationäre Variante des Fragebogens. Um in der Haupterhebung Verwechslungen im Fragebogenversand zu vermeiden, wurden zur besseren Unterscheidung die zwei Fragebogen-Varianten farblich unterschiedlich gestaltet. Weiterhin wurden die Fragebögen mit dem jeweiligen Namen der einzelnen AOKen versehen. So hätten bei Verwechslungen die betroffenen AOKen aus der Analyse ausgeschlossen werden können.

Trotz der Verwechslung der Fragebögen konnten Analysen zu weiteren Optimierung des Fragebogens vorgenommen werden. Neben der Berücksichtigung der Aspekte Umfang, Inhalt sowie Verständlichkeit, wurde weiterhin die eingesetzte Bewertungsskala (fünfstufige-Bewertungsskala auf dem Wichtigkeitsstrang) auf ihre Angemessenheit überprüft bzw. methodisch bewertet. Es zeigten sich relativ hohe Zustimmungstendenzen bei den Befragungspersonen dergestalt, dass die Antwortkategorie „sehr wichtig“ häufig gewählt wurde. Die Antwortkategorie „entscheidend“ wurde hingegen selten gewählt und differenzierte sehr gut. Dies lässt darauf schließen, dass der Extremwert nur dann gewählt wird, wenn es sich tatsächlich um einen entscheidenden Aspekt für die Pflegeheimwahl handelt. Da die gewählte Skalierung hinreichend differenziert und keine Deckeneffekte² nachgewiesen werden konnten, wurde die Skala als methodisch sinnvoll erachtet. Neben der methodischen Einschätzung der Angemessenheit der Bewertungsskala konnten durch die Freitexteingabe pro Qualitätsbereich fehlende Bewertungs- und Qualitätskriterien identifiziert und in den Fragebogen aufgenommen werden.

Auf Grundlage der beschriebenen Ergebnisse erfolgte anschließend eine Optimierung und Erstellung der endgültigen Version des Fragebogens.

3.4 Daten

Ausgehend vom Stichprobenkonzept (siehe Punkt 2.1) wurden 20.608 (Bruttostichprobe) pflegebedürftige Personen bundesweit zur Befragung eingeladen. Insgesamt sendeten 5.086 Befragungsteilnehmer/-innen einen Fragebogen zurück, wovon 65 nicht bearbeitet wurden. Gründe hierfür waren gesundheitliche Beeinträchtigungen, Teilnahmeverweigerung oder das Ableben (n=14) der Zielperson. Hierdurch ergibt sich eine bereinigte Nettostichprobengröße von 5.021 pflegebedürftigen AOK-Versicherten und eine Rücklaufquote von 24,4 Prozent.

² Ein Deckeneffekt liegt dann vor, wenn Teilnehmer/-innen geringere Werte erzielen, als sie angesichts des wahren Wertes müssten, weil die verwendete Skala keinen höheren Wert anbietet. Wenn viele Teilnehmer/-innen den höchstmöglichen Wert erzielen, kann dies als Indiz für einen Deckeneffekt gewertet werden (ob er tatsächlich vorliegt, kann jedoch i. d. R. nicht geprüft werden).

3.4.1 Gewichtung der Stichprobe

Da die Stichprobe disproportional auf Schichten aufgeteilt wurde, erforderte der Stichprobenplan eine nachträgliche Gewichtung. Diese Gewichtungen werden als Design-Gewichtungen und Anpassungsgewichtung bezeichnet (vgl. Reinecke, 2005). Durch eine Gewichtung wird die Disproportionalität ausgeglichen, sodass die Anteile der Elemente in den Stichprobenschichten den Anteilen der Elemente der Schichten in der Grundgesamtheit entsprechen. Hierzu wird ein Gewichtungsfaktor generiert. Als Schichtungsmerkmale fungierten (wie beschrieben) Art der Versorgung, Geschlecht und Pflegestufe. In einem ersten Schritt wird das Designgewicht ($g1$) ermittelt (Berücksichtigung des Oversamplings der Variable „Art der Versorgung“). Dies ergibt sich aus dem Kehrwert der Auswahlwahrscheinlichkeit.

Für ambulant Versorgte:

$$g1 = \frac{n}{namb} * \frac{Namb}{N}$$

Für stationär Versorgte:

$$g1 = \frac{n}{nstat} * \frac{Nstat}{N}$$

n = Nettostichprobe

$namb$ = Nettostichprobe ambulant

$nstat$ =Nettostichprobe stationär

$Namb$ = Anteil ambulant Pflegebedürftiger in der AOK

$Nstat$ = Anteil stationär Pflegebedürftiger in der AOK

N = Pflegebedürftige AOK

In einem zweiten Schritt werden mit Hilfe eines Anpassungsverfahrens (Redressement) die Randverteilungen an die bekannten Verteilungen der Grundgesamtheit (Pflegestufe und Geschlecht) angeglichen. Das Anpassungsgewicht ($g2$) wird auf Grundlage der gewichteten Daten ($g1$) ermittelt und ergibt sich aus den prozentualen Anteilen in der Stichprobe dividiert durch die prozentualen Anteile in der Grundgesamtheit. Das Designgewicht wird dann mit dem Redressement-Gewicht multipliziert. In Fällen, in denen eine der hier dargestellten Variablen einen Missing enthält sind die beschriebenen Verfahren nicht umsetzbar. Auf der anderen Seite bedeutet jedoch ein fehlender Wert in der Gewichtungsvariablen den Ausschluss des gesamten Falles. Da dies eine nicht gewünschte Reduzierung der Stichprobe bedeuten würde, wurden diese Fälle mit dem Gewicht 1 versehen.

3.4.2 Statistische Analyse

Die statistische Auswertung der Haupterhebung erfolgte mit der Software SPSS Statistics 22 und umfasst uni- und bivariate Analysen der Antworten der pflegebedürftigen AOK-Versicherten resp. deren Angehöriger. In einem ersten Schritt werden soziodemographische sowie pflegebezogene Merkmale deskriptiv dargestellt. Im Ergebnisteil werden neben der deskriptiven Analyse der Informationswege und den Erfahrungen mit dem Thema Pflegeheim, die Bewertung einzelner Kriterien für die Wahl eines Pflegeheimes mithilfe von Mittelwerten pro Qualitätsbereich vorgenommen und graphisch als Liniendiagramm dargestellt. Neben einer Gesamtbetrachtung werden darüber hinaus Bewertungsunterschiede nach Befragungspersonen (Pflegebedürftige vs. Angehörige) und nach Art der Versorgung (ambulant vs. stationär) präsentiert. Die Unterschiede resp. Zusammenhänge zwischen den Untergruppen werden mithilfe des t-Test für unabhängige Stichproben auf statistische Signifikanz geprüft. Abschließend werden die einzelnen Qualitätsbereiche ins Verhältnis zueinander gesetzt, um eine Rangfolge der präferierten Bereiche zu generieren.

3.4.3 Beschreibung der Stichprobe

Das Analysesample setzt sich aus 5.021 pflegebedürftigen Versicherten aus elf AOKen zusammen. Zur Beschreibung der Stichprobe werden soziodemographische und pflegebezogene Merkmale herangezogen – und diese gesondert nach Art der der Versorgung (ambulant vs. stationär) dargestellt. Da die folgenden inhaltlichen Analysen mit dem beschriebenen Gewichtungsfaktor durchgeführt werden, können repräsentative Aussagen für die AOK-versicherten Pflegebedürftigen hinsichtlich Geschlecht, Art der Versorgung (ambulant/stationär) sowie der Pflegestufen generiert werden. Grundsätzlich teilt sich die Stichprobe in 70,5 Prozent (n=3.542) ambulant und 29,5 Prozent (n=1.479) stationär versorgte Pflegebedürftige ein. Pflegebedürftige Personen, die den Fragebogen nicht eigenständig bearbeiten konnten, wurden zudem aufgefordert, sich Unterstützung beim Ausfüllen des Fragebogens durch Angehörige, Freunde oder Betreuer/-innen einzuholen, sodass zu diesen Personen ebenfalls soziodemographische Basisangaben vorliegen.

Soziodemographische Merkmale der Pflegebedürftigen (vgl. Tabelle 1)

Geschlecht

Die Stichprobe setzt sich zu 37,6 Prozent aus männlichen und 62,4 Prozent weiblichen pflegebedürftigen AOK-Versicherten zusammen. Unter den stationär versorgten Personen überwiegt der Anteil der weiblichen Pflegebedürftigen mit 69,1 Prozent gegenüber den männlichen Pflegebedürftigen mit 30,9 Prozent. Unter den ambulant Versorgten ist hingegen das Geschlechterverhältnis relativ ausgeglichen mit 40,4 Prozent männlichen und 59,6 Prozent weiblichen Versicherten. Statistiken zeigen, dass Frauen häufiger von Pflegebedürftigkeit betroffen sind und ihr Pflegebedarf im Alter deutlich

schneller wächst als bei Männern. Der höhere Anteil an pflegebedürftigen Frauen wurde beispielsweise in Analysen des GeWINO belegt. Neben den möglichen Unterschieden im Gesundheitszustand zwischen Männern und Frauen, führt die höhere Lebenserwartung von Frauen dazu, dass diese häufiger alleinstehend und somit mehr auf pflegerische Unterstützung angewiesen sind als Männer (Witte et al., 2016).

Alter

Das Durchschnittsalter unter allen Befragten beträgt 80 Jahre. Der jüngste Studienteilnehmer ist 2 Jahre, der älteste 108 Jahre alt. In der stationären Stichprobe liegt die Altersspanne zwischen 20 und 108 Jahren, das Durchschnittsalter bei 84 Jahren. Personen, die durch einen ambulanten Pflegedienst und/oder durch Angehörige versorgt werden sind im Durchschnitt mit 79 Jahren etwas jünger. Zudem sind alle minderjährigen Befragungsteilnehmer/-innen (n=28) dieser Versorgungsgruppe zuzuordnen.

Höchster Schul- und Berufsabschluss

Gemessen am höchsten Schul- und Berufsabschluss verfügen die Befragungsteilnehmer/-innen mehrheitlich über einen niedrigen Bildungsstand bzw. mittleres Ausbildungsniveau: 73,3 Prozent der Befragungsteilnehmer/-innen schlossen ihre Schullaufbahn mit einem Volks- oder Hauptschulabschluss ab. Weitere 10,1 Prozent können keinen Schulabschluss vorweisen. Lediglich 9,5 Prozent verfügen über einen mittleren Schulabschluss (Realschulabschluss/Abschluss Polytechnische Oberschule) und 5,7 Prozent über die allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Abitur). Hinsichtlich des Berufsabschlusses zeigt sich, dass 44,2 Prozent der pflegebedürftigen Befragten über keinen beruflichen Abschluss verfügen oder eine Anlernausbildung³ (niedriger Berufsabschluss) absolvierten. Fast die Hälfte (49,6 %) der Befragungsteilnehmer/-innen schlossen eine Ausbildung, Lehre oder den Meister ab (mittlerer Berufsabschluss) und nur 5,0 Prozent verfügen über einen Hochschul- oder Universitätsabschluss (hoher Berufsabschluss). Der Vergleich der Untergruppen ambulant und stationär zeigt Unterschiede im Bildungsstand sowie im Ausbildungsniveau. Insgesamt verfügen ambulant Versorgte etwas häufiger über einen mittleren Schul- und Berufsabschluss, als stationär versorgte Personen.

Wohnform und Haushaltszusammensetzung

Auf die Frage „Wie wohnen Sie zurzeit?“ (ambulante Version) bzw. „Wie haben Sie gewohnt, bevor Sie ins Pflegeheim gezogen sind?“ (stationäre Version) gab die Mehrheit (86,2 %) der Befragten an,

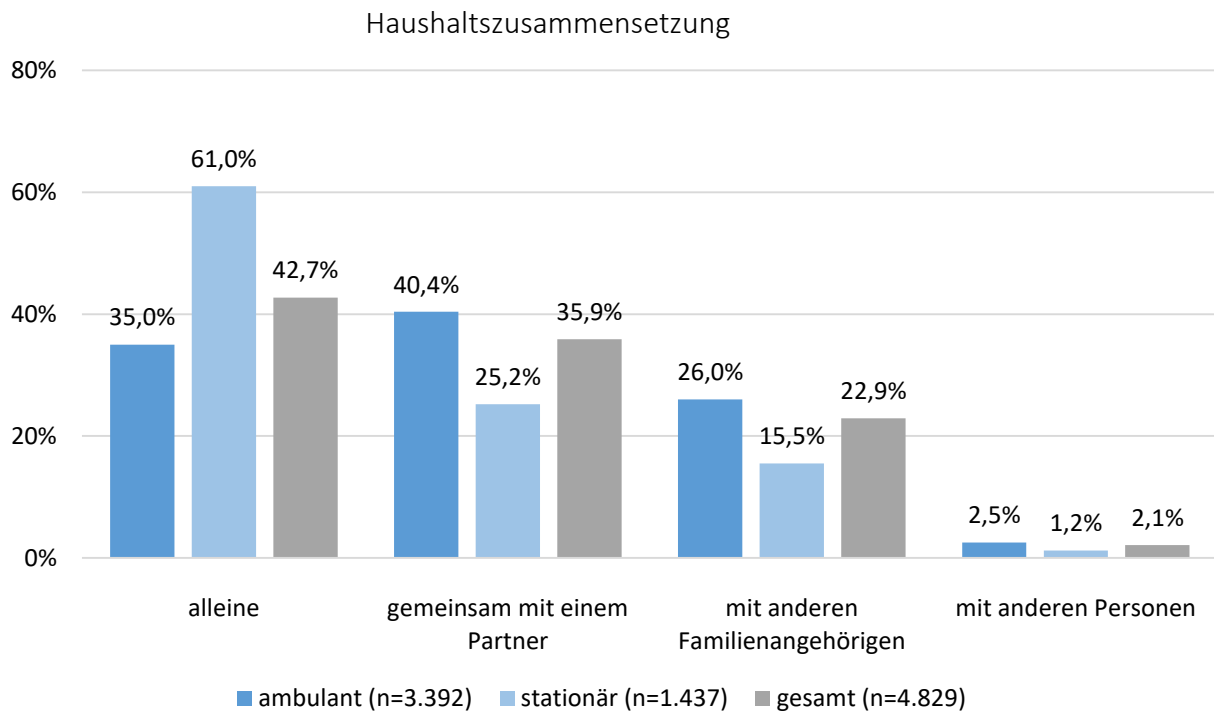
³ Anlernausbildung ist die Qualifizierung eines Arbeitnehmers/einer Arbeitnehmerin im Rahmen einer betrieblichen Ausbildung, häufig durch Unterweisung am Arbeitsplatz oder Einarbeitung, ohne dass eine umfassende berufliche Ausbildung (Beruf) erforderlich ist. Die Anlernausbildung wurde durch das Berufsbildungsgesetz (BBiG) von 1969 abgeschafft. Daher können nur Personen, die 1953 oder früher geboren sind, bis 1969 eine Anlernausbildung absolviert haben (Statistisches Bundesamt; 2012).

dass sie in einem Privathaushalt (Eigentum oder Miete) leb(t)en. 7,2 Prozent wohn(t)en in einer betreuten Wohneinrichtung, 4,7 Prozent in einem Mehrgenerationenhaus und lediglich 1,3 Prozent in einer Senioren-Wohngemeinschaft. Weitere 0,5 Prozent der Befragten gaben eine andere Wohnform an und nannten beispielsweise das Hospiz oder ein anderes Pflegeheim als ihren (vorherigen) Wohnort. Ambulant Versorgte (84,5 %) leben im Vergleich zu stationär Versorgten (90,0 %) seltener in einer privaten Wohnung, dafür häufiger in einer betreuten Wohneinrichtung (7,9 %) oder einem Mehrgenerationenhaus (5,5 %).

Abbildung 2⁴ gibt Auskunft darüber, aus welchen Personen sich der Haushalt der Pflegebedürftigen zusammensetzt. Die pflegebedürftigen Versicherten lebten in der von ihnen genannten Haushaltsform meist alleine (42,7 %), etwas mehr als ein Drittel (35,9 %) gemeinsam mit dem Partner und zu 22,9 Prozent mit anderen Familienangehörigen oder Verwandten zusammen. Nur 2,1 Prozent wohn(t)en in ihrem Haushalt gemeinsam mit anderen Personen, wie beispielsweise Freunden oder Bekannten. Die Betrachtung der Untergruppen zeigt deutlich, dass stationär Versorgte im Vergleich zu ambulant Versorgten nahezu doppelt so häufig (61,0 %) alleine lebten, bevor sie in eine Pflegeeinrichtung umsiedelten. Weiterhin zeigt sich, dass ambulant versorgte Personen (40,4 %) häufiger mit ihrem Partner zusammenleben, als dies stationär Versorgte (25,2 %) vor ihrem Umzug in ein Pflegeheim taten.

⁴ Die Befragungsteilnehmer/-innen machten durchschnittlich 1,04 Angaben zur Haushaltszusammensetzung

Abbildung 2: Haushaltszusammensetzung (vor Heimeintritt) (Gesamt, Mehrfachnennung, in Prozent)



Quelle: Studie zur Weiterentwicklung der Qualitätsberichterstattung in der Langzeitpflege

Anmerkung: Prozentwert bezieht sich auf die Anzahl der Nennungen

Einkommen

Das durchschnittliche monatliche Nettoeinkommen, d. h. alle Einkünfte, die nach Abzug der Steuer insgesamt der pflegebedürftigen Person monatlich zu Verfügung stehen (z. B. Rente, Privates Vermögen, Wohngeld, öffentliche Beihilfe, etc.), liegt bei fast der Hälfte der Versicherten (44,7 %) im mittleren Bereich mit einem Nettoeinkommen zwischen 1.000 € und unter 2.000 €. Ein niedriges Einkommen mit unter 500 € beziehen 8,8 Prozent und mit 500€ bis unter 1.000 € etwa 31,0 Prozent der Befragten. 4,2 Prozent verfügen über ein hohes Einkommen von 2.000 € bis unter 3.000€. Nur einem sehr geringen Anteil von 0,2 Prozent steht ein überdurchschnittliches hohes Einkommen von mehr als 3.000 Euro monatlich zu Verfügung. Stationär Versorgte sind gegenüber ambulant versorgten Personen finanziell bessergestellt. Sie verfügen im Vergleich häufiger über ein mittleres (48,1 %) oder hohes (5,1 %) als ambulant Versorgte (mittleres Einkommen: 43,2 Prozent, hohes Einkommen: 3,8 %).

Tabelle 1: Soziodemographische Merkmale der pflegebedürftigen Versicherten

Merkmale	Gesamt (n=5.021)	Ambulant (n=3.542)	Stationär (n=1.479)
Alter			
Mittelwert	80,3	78,8	84,1
Standardabweichung	14,5	15,7	10,0
Minimum	2	2	20
Maximum	108	104	108
Gesamt (n)	n=4.895	n=3.447	n=1.448
Geschlecht			
Männlich	37,6 %	40,4 %	30,9 %
Weiblich	62,4 %	59,6 %	69,1 %
Gesamt (%/n)	100 %/n=4.965	100 %/n=3.495	100 %/n=1.470
Höchster Schulabschluss			
Volks- oder Hauptschulabschluss	73,3 %	70,6 %	79,7 %
Abschluss Polytechnische Oberschule oder Realschulabschluss	9,5 %	10,0 %	8,5 %
Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Abitur)	5,7 %	6,1 %	4,6 %
Keinen Schulabschluss	10,1 %	11,5 %	6,7 %
Anderer Schulabschluss	1,3 %	1,7 %	0,5 %
Gesamt (n)	100 %/n=4.896	100 %/n=3.440	100 %/n=1.457
Höchster Berufsabschluss			
Anlernausbildung	12,1 %	11,7 %	12,8 %
Abschluss einer Lehre	42,1 %	41,1 %	44,5 %
Meister, Techniker oder gleichwertiger Fachschulabschluss	7,5 %	8,1 %	6,2 %
Fachhochschulabschluss oder Universitätsabschluss	5,0 %	5,6 %	3,6 %
Keinen beruflichen Abschluss	32,1 %	32,2 %	31,8 %
Anderer beruflicher Abschluss	1,3 %	1,4 %	1,1 %
Gesamt (n/ %)	100 %/n=4.769	100 %/n=3.352	100 %/n=1.418
Wohnform			
Private Wohnung oder Haus	86,2 %	84,5 %	90 %
Betreute Wohneinrichtung	7,2 %	7,9 %	5,6 %
Mehrgenerationenhaus	4,7 %	5,5 %	2,8 %
Senioren-Wohngemeinschaft	1,3 %	1,6 %	0,8 %
Andere Wohnform	0,5 %	0,4 %	0,8 %
Gesamt (n/ %)	100 %/n=4.912	100 %/n=3.472	100 %/ n=1.440

	Einkommen		
Bis unter 500€	8,8 %	9,3 %	7,7 %
500 bis unter 1.000€	31,2 %	32,8 %	27,2 %
1.000 bis unter 2.000€	44,7 %	43,2 %	48,1 %
2.000 bis unter 3.000€	4,2 %	3,8 %	5,1 %
3.000 und mehr	0,2 %	0,2 %	0,3 %
Keine Angabe	10,9 %	10,6 %	11,7 %
Gesamt (n/ %)	100 %/n=4.967	100 %/n=3.502	100 %/n=1.465

Pflegebezogene Merkmale der Pflegebedürftigen (vgl. Tabelle 2)

Pflegestufen und Pflegegerade

Bis zum 31. Dezember 2016 wurde der Grad der Pflegebedürftigkeit anhand von drei Pflegestufen (ohne Pflegestufe Null) festgelegt. Auf Grundlage der Pflegestufe konnten Leistungen aus der Pflegeversicherung in Anspruch genommen werden. Der überwiegende Anteil der befragten Versicherten hatte Pflegestufe 1 (54,0 %), etwas mehr als ein Viertel (27,5 %) Pflegestufe 2 und 9,5 Prozent hatte Stufe 3. Diese teilt sich zu 6,6 Prozent in Personen ohne und zu 2,9 Prozent in Personen mit Härtefallregelung. 1,9 Prozent der Pflegebedürftigen war ihre eigene Pflegestufe nicht bekannt. Die Verteilung der Pflegebedürftigen auf die verschiedenen Pflegestufen bleibt auch in der Subgruppenbetrachtung (ambulant vs. stationär) erhalten. Jedoch waren ambulant versorgte Pflegebedürftige doppelt so häufig in die Pflegestufe 1 (8,4 %) eingestuft, wie stationär Versorgte (4,2 %).

Mit dem in Kraft treten des Pflegestärkungsgesetzes II (PSG II) zum 01. Januar 2017 wurden die bisherigen drei Pflegestufen (ohne PS 0) durch fünf Pflegegrade ersetzt, welche eine differenziertere Einschätzung des benötigten Pflegeaufwandes ermöglichen und Auskunft darüber geben, wie stark die Selbständigkeit beeinträchtigt ist. 12,7 Prozent der Befragten war zum Zeitpunkt der Befragung ihr neuer Pflegegrad nicht bekannt. Die Mehrheit der Pflegebedürftigen hatten die Pflegegrade 2 (32,4 %) oder 3 (30,7 %). Weitere 13,9 Prozent hatten Grad 4 und 6,4 Prozent den Grad 5. Ein geringer Anteil von 3,8 Prozent der Befragten hatte Pflegegrad 1, wobei hier analog zu den Pflegestufen die ambulant Versorgten (4,3 %) häufiger vertreten waren, als stationär Versorgte (2,5 %).

Mobilität

Beeinträchtigungen der Mobilität gehören zu den wichtigsten Risikofaktoren für Hilfe- und Pflegebedürftigkeit im Alter (vgl. RKI, 2009). Die Mobilität bzw. Bewegungsfähigkeiten der pflegebedürftigen Versicherten wurde anhand der Frage „Sind Sie bettlägerig?“ operationalisiert. Die Ergebnisse zeigen, dass der Großteil (78,8 %) der Befragten keine Mobilitätsdefizite im Sinne einer Bettlägerigkeit aufweist. Lediglich 5,4 Prozent sind ständig und 15,8 Prozent häufig in ihrer Mobilität beeinträchtigt.

Bei der Betrachtung des Unterschieds zwischen den Teilgruppen (ambulant/stationär) zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang ($p < 0,05$) zwischen der Mobilität und der Versorgungsart. Stationär Versorgte sind überraschenderweise seltener (4,8 Prozent ständig, 14,1 Prozent häufig) bettlägerig als ambulant versorgte Personen (5,6 Prozent ständig, 16,6 Prozent häufig). Allerdings gilt es hier zu beachten, dass die Operationalisierung von Mobilität auf lediglich einem Parameter (Bettlägerigkeit) beruht, wodurch die Einschätzung von Mobilitätsbeeinträchtigungen nur beschränkt möglich ist. Weiterhin können auf Basis der verfügbaren Daten auch keine Aussagen über den Verlauf von Mobilitätsbeeinträchtigungen getätigt werden. Betrachtet man die Zahlen des Statistischen Bundesamtes (2013), so zeigt sich, dass sich der Anteil an pflegebedürftigen Personen in der Langzeitversorgung, bei welchen eine Pflegeeinstufung aufgrund von Mobilitätseinschränkungen vorliegt, mittlerweile auf rund 99 Prozent beläuft (vgl. Statistisches Bundesamt 2013, Kleina, 2014).

Tabelle 2: Pflegebezogene Merkmale der pflegebedürftigen Versicherten

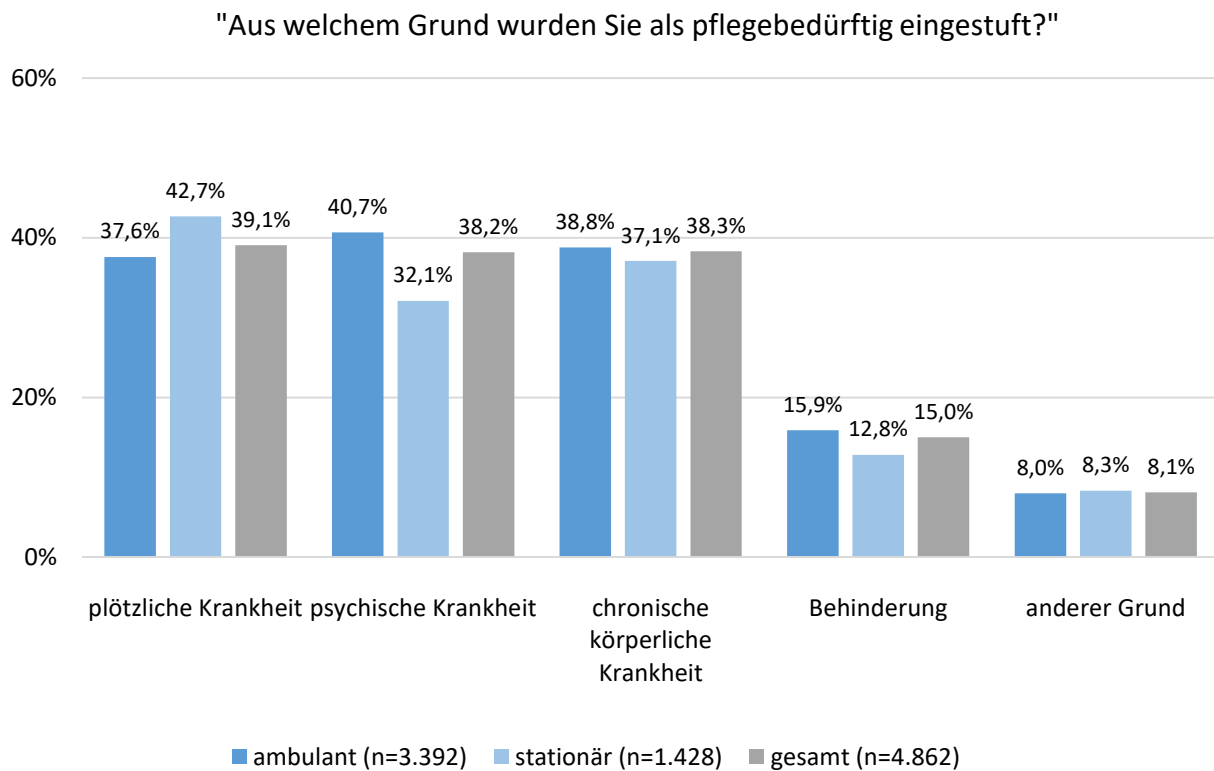
Merkmale	Gesamt (n=5.021)	Ambulant (n=3.542)	Stationär (n=1.479)
Pflegestufe (bis 31.12.2016)			
0	7,0 %	8,2 %	4,2 %
1	54,0 %	53,2 %	55,9 %
2	27,5 %	26,9 %	28,9 %
3 ohne Härtefall	6,2 %	6,9 %	6,0 %
3 mit Härtefall	2,7 %	3,0 %	2,7 %
Nicht bekannt	1,8 %	1,8 %	2,3 %
Gesamt (%/n)	100 %/n=4.689	100 %/n=3.306	100 %/n=1.383
Pflegegrad (seit 01.01.2017)			
1	3,8 %	4,3 %	2,5 %
2	32,4 %	32,7 %	31,7 %
3	30,7 %	30,8 %	30,6 %
4	13,9 %	13,5 %	15,0 %
5	6,4 %	6,1 %	7,0 %
Nicht bekannt	12,7 %	12,5 %	13,3 %
Gesamt (%/n)	100 %/n=4.687	100 %/n=3.318	100 %/n=1.369
Mobilität (bettlägerig)			
Ja, ständig	5,4 %	5,6 %	4,8 %
Ja, häufig	15,8 %	16,6 %	14,1 %
Nein	78,8 %	77,8 %	81,1 %
Gesamt (%/n)	100 %/n=4.899	100 %/n=3.450	100 %/n=1.449

Gründe für die Pflegebedürftigkeit (vgl. Abbildung 3)

Die Ursachen für das Auftreten einer Pflegebedürftigkeit sind vielfältig und beruhen häufig auf Mehrfach- und chronischen Erkrankungen, Behinderungen oder plötzlichen Ereignissen wie Sturz oder Schlaganfall (vgl. Kuhlmeier et al., 2013).

Der multifaktorielle Charakter von Pflegebedürftigkeit spiegelt sich in den Untersuchungsergebnissen wieder. Die Befragungsteilnehmer/-innen nannten durchschnittlich 1,4 Gründe für ihre Pflegebedürftigkeit. Etwa jeweils gleich häufig wurde als Grund für die Pflegebedürftigkeit eine plötzliche Krankheit (39,1 %) (z. B. Herzinfarkt, Schlaganfall, Sturz, etc.), eine chronische körperliche Krankheit (38,3 %) (z. B. Herzschwäche, Rheuma, etc.) oder eine psychische Krankheit (38,2 %) (z. B. Demenz, Parkinson, Suchterkrankung etc.) angegeben. Eine Behinderung (z. B. Querschnittslähmung, Blindheit, Gehörlosigkeit, etc.) nannten hingegen nur 15,0 Prozent der Befragten als Ursache. Andere Gründe für die Pflegebedürftigkeit, wie beispielsweise die Folgen einer Krebserkrankung und Altersschwäche nannten 8,1 Prozent der Versicherten in der Freitextangabe. Die Subgruppenbetrachtung (ambulant/stationär) zeigt, dass stationär Versorgte (42,7 %) häufiger aufgrund einer plötzlichen Erkrankung als pflegebedürftig eingestuft wurden, als Personen, welche ambulant versorgt werden (37,6 %). Hingegen ist der Anteil an stationären Personen (32,1 %), die als Grund eine psychische Erkrankung nannten, geringer als unter den ambulant Versorgten (40,7 %).

Abbildung 3: Gründe für die Pflegebedürftigkeit (Gesamt, Mehrfachnennung, in Prozent)



Quelle: Studie zur Weiterentwicklung der Qualitätsberichterstattung in der Langzeitpflege

Anmerkung: Prozentwert bezieht sich auf die Anzahl der Nennungen

Sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Version des Fragebogens wurden pflegebezogene Fragen aufgenommen, die speziell auf die jeweilige Versorgungsart ausgerichtet sind. Diese dienen dazu, ein Bild über die Pflegesituation der Befragungsteilnehmer/-innen zu erhalten.

Pflegebezogene Zusatzfragen in der stationären Version

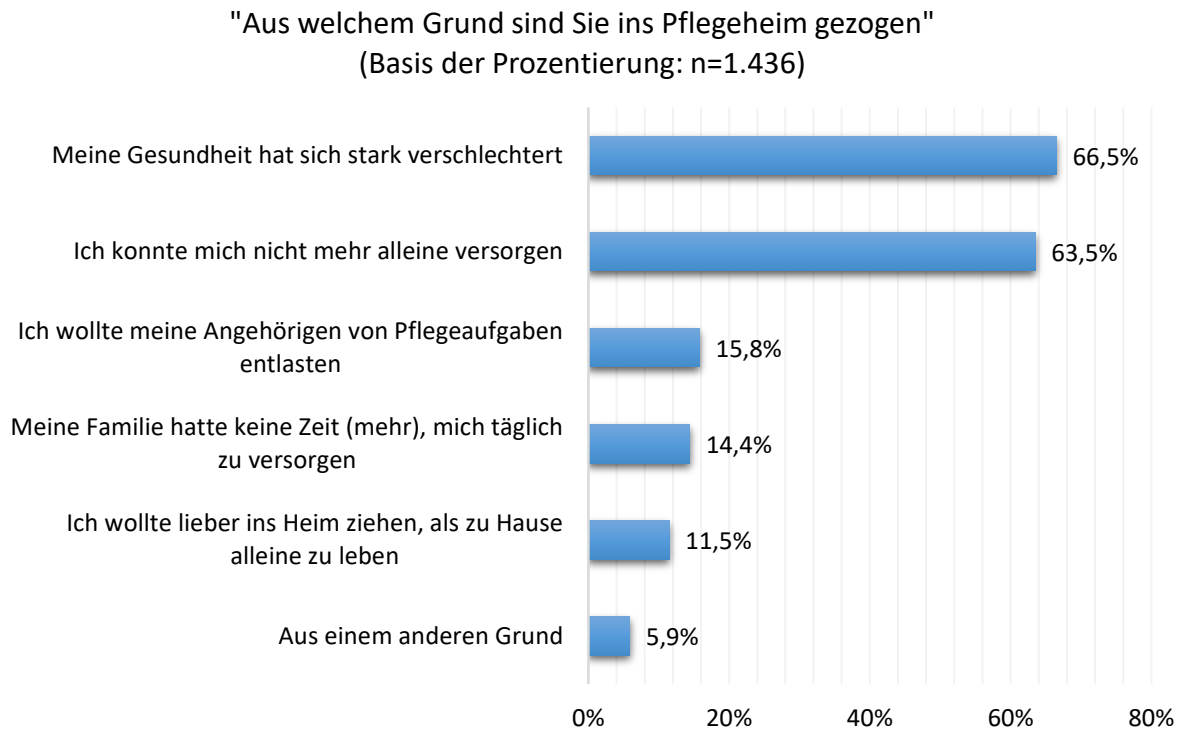
Seit vielen Jahren gilt das Prinzip ambulant vor stationär in der deutschen Gesundheitspolitik, welches in §13 Abs. 1 SGB XII der Sozialversicherung gesetzlich normiert ist. Dahinter verbirgt sich der Gedanke, dass erst alle Möglichkeiten einer ambulanten Versorgung ausgeschöpft werden sollten, bevor eine stationäre Pflege umgesetzt wird. Die Versicherten, welche bereits in einer stationären Pflegeeinrichtung leben, wurden daher gefragt, ob ein ambulanter Pflegedienst vor der stationären Versorgung in Anspruch genommen wurde. Von 1.497 stationär versorgten Pflegebedürftigen machten 1.420 Angaben zu ihrer Versorgungssituation vor Heimeinzug. So nahmen 49,1 Prozent einen Pflegedienst und 49,7 Prozent keinen ambulanten Dienst in Anspruch. 1,2 Prozent der Befragten hatten keine Kenntnisse über die Versorgungssituation vor Heimeintritt. Wie die in dieser Studie dargestellten Gründe für eine Pflegebedürftigkeit zeigen, trat die Pflegebedürftigkeit teilweise so plötzlich

und vermutlich schwerwiegend auf, dass eine ambulante Versorgung nicht mehr ausreichend bzw. möglich war. Jene Personen, die vor Heimeinzug keinen ambulanten Pflegedienst in Anspruch genommen hatten (49,8 %), gaben als Grund für die Pflegebedürftigkeit am häufigsten eine plötzliche Krankheit (23,5 %) an.

Des Weiteren wurden die stationär versorgten Pflegebedürftigen nach ihren Gründen für die Übersiedlung in eine Pflegeeinrichtung befragt (vgl. Abbildung 4⁵) und ob dieser Umzug auf einer eigenen Entscheidung beruhte. Die Verschlechterung des Gesundheitszustandes (66,5 %) sowie das Unvermögen, sich selbst versorgen zu können (63,5 %) wurden von dem Großteil der stationären Befragten als Ursachen für den Umzug in eine Pflegeeinrichtung angegeben. 15,8 Prozent begründeten ihren Umzug damit, dass sie ihre Angehörigen von Pflegeaufgaben entlasten wollen. Für 14,4 Prozent der Befragten hatte die Familie keine Zeit, die Versorgung und Pflege zu übernehmen. Weitere 11,5 Prozent zogen es vor, in ein Heim umzuziehen als länger alleine Zuhause zu leben. Neben den aufgelisteten Gründen wurden in der Freitexteingabe „andere Gründe“ genannt (5,9 %): Eine Erkrankung oder der Tod des pflegenden Ehepartners resp. Angehörigen wurde als weitere Ursache für die Übersiedlung in ein Pflegeheim angegeben. Die Frage, ob der Umzug in eine Pflegeeinrichtung auf einer eigenen Entscheidung beruhte, bejahte fast die Hälfte der stationär versorgten Pflegebedürftigen (46,8 Prozent/n=1.427). Knapp 20,0 Prozent verneinten dies und 33,7 Prozent beantworteten diese Frage mit „teils/teils“.

⁵ Die Befragungsteilnehmer/-innen nannten durchschnittlich 1,8 Gründe für den Umzug in eine Pflegeeinrichtung

Abbildung 4: Gründe für einen Heimeinzug (nur stationär Versorgte, Mehrfachnennung, in Prozent)



Quelle: Studie zur Weiterentwicklung der Qualitätsberichterstattung in der Langzeitpflege

Anmerkung: Prozentwert bezieht sich auf die Anzahl der Nennungen

Pflegebezogene Zusatzfrage in der ambulanten Version

In Zusammenhang mit einer ambulanten Versorgung der Befragten stellte sich die Frage, wer die Versorgung des Pflegebedürftigen übernimmt. Etwa die Hälfte (48,3 %) der ambulant versorgten Pflegebedürftigen, die Angaben zu ihrer Versorgungssituation machten (n=3.363), werden durch Angehörige zusammen mit einem Pflegedienst gepflegt. Weitere 42,4 Prozent werden nur durch Angehörige und lediglich 9,4 Prozent alleine durch einen Pflegedienst versorgt.

Fragebogenausfüller

Von 5.021 liegen zu 4.599 Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmern Angaben darüber vor, welche Person den Fragebogen ausgefüllt hat (vgl. Tabelle 3). Im Erhebungsinstrument wurde der Hinweis formuliert, dass der Fragebogen von der pflegebedürftigen Zielperson allein, aber auch in Unterstützung mit einer weiteren Person oder durch einen Angehörigen ausgefüllt werden kann. Entsprechend dieser Aufforderung füllten 52,9 Prozent der pflegebedürftigen Befragten den Fragebogen gemeinsam mit einem Angehörigen, dem Pflegepersonal oder einem gesetzlichen Betreuer aus (n=2.434). 15,3 Prozent (n=705) der Pflegebedürftigen und 31,7 Prozent (n=1.460) der Angehörigen bearbeiteten den Fragebogen selbstständig. In den Fällen, in welchen die pflegebedürftige Person beim Ausfüllen des Fragebogens durch Angehörige unterstützt wurde oder der Angehörige diesen

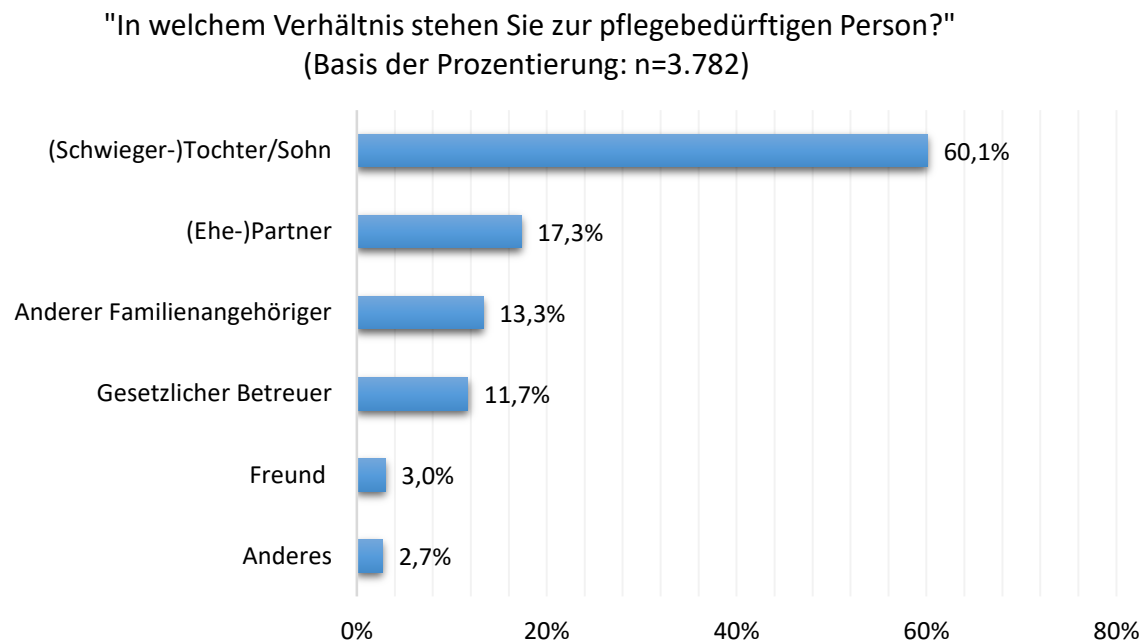
stellvertretend für den Pflegebedürftigen beantwortete, wurden die Angehörigen um Angabe ihrer soziodemographischen Merkmale gebeten. Dies ermöglicht eine Charakterisierung der Angehörigen (n=3.894) anhand ihrer soziodemographischen Merkmale (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 3: Fragebogenausfüller

Merkmal	Gesamt (n=5.021)	Ambulant (n=3.542)	Stationär (n=1.479)
	Ausfüller		
Pflegebedürftiger	15,3 %	16,5 %	12,7 %
Gemeinsam	52,9 %	55,1 %	47,8 %
Angehöriger	31,7 %	28,4 %	39,5 %
Gesamt (%/n)	100 %/n=4.599	100 %/n=3.220	100 %/n=1.378

Hilfe bei der Bearbeitung des Fragebogens erhielten die Befragten vor allem von Familienangehörigen (vgl. Abbildung 5). Dabei handelt es sich vorwiegend um Angehörige der Kernfamilie. Am häufigsten unterstützten oder füllten stellvertretend die eigenen (Schwieger-) Kinder (60,1 %) den Fragebogen aus. 17,3 Prozent der unterstützenden Personen stellen die (Ehe-)Partner dar und weitere 13,3 Prozent andere Familienangehörige. Der Kreis der Angehörigen kann über das reine Verwandtschaftsverhältnis hinausgehen und andere nahestehende Personen miteinschließen. Nicht verwandte Personen wie Freunde (3,0 %) oder gesetzliche Betreuer/-innen (11,7 %) oder andere Personen (2,7) Prozent, wie beispielsweise Pflegekräfte und Praktikantinnen und Praktikanten unterstützen ebenfalls die Fragebogenbearbeitung.

Abbildung 5: Verhältnis zur pflegebedürftigen Person (Gesamt, Mehrfachnennung, in Prozent)



Quelle: Studie zur Weiterentwicklung der Qualitätsberichterstattung in der Langzeitpflege

Anmerkung: Prozentwert bezieht sich auf die Anzahl der Nennungen

Soziodemographische Merkmale Angehörige (vgl. Tabelle 4)

Die Altersspanne der Angehörigen erstreckt sich von 16 bis 94 Jahren und liegt im Mittel bei 62 Jahren. Ebenso wie in der Geschlechterverteilung der pflegebedürftigen Versicherten überwiegt der Anteil der Frauen (70,0 %) unter den Angehörigen deutlich gegenüber den Männern (30,0 %). Der Bildungsstand sowie das Ausbildungsniveau sind hingegen im Vergleich zu den pflegebedürftigen Befragungsteilnehmerinnen und -teilnehmern höher. Der Großteil der Befragten (39,7 %) verfügt über einen mittleren Schulabschluss (Realschulabschluss/Abschluss Polytechnische Oberschule) und mehr als ein Viertel über die allgemeine (fachgebundene) Hochschulreife (Abitur). 32,2 Prozent beendeten ihre Schulaufbahn mit einem Volks- oder Hauptschulabschluss und lediglich 0,9 Prozent hatten keinen Schulabschluss. Der höhere Bildungsstand spiegelt sich auch im Ausbildungsniveau der Angehörigen wieder. 20,8 Prozent der Angehörigen verfügen über einen Hochschul- oder Universitätsabschluss (hoher Berufsabschluss). Weitere 69,9 Prozent absolvierten eine Ausbildung, Lehre oder Meister (mittlerer Berufsabschluss). Nur ein geringer Anteil von 8,5 Prozent verfügt über keinen Abschluss oder eine Anlernausbildung. Die prozentuale Verteilung nach Schul- und Berufsabschluss aller Angehörigen bleibt auch bei Betrachtung der Subgruppen (ambulant/stationär) in ihrer Tendenz erhalten. Ledig Angehörige mit einem hohem Schul- und Berufsabschluss sind in der Gruppe der stationär Versorgten stärker vertreten als in der Gruppe der ambulant versorgten Pflegebedürftigen.

Tabelle 4: Soziodemographische Merkmale der Angehörigen

Merkmale	Gesamt (n=3.894)	Ambulant (n=2.690)	Stationär (n=1.204)
Alter			
Mittelwert	61,6	61,7	61,3
Spannweite	78	73	77
Minimum	16	21	16
Maximum	94	94	93
Gesamt (n)	n=3.687	n=2.542	n=1.145
Geschlecht			
Männlich	30,0 %	27,4 %	35,6 %
Weiblich	70,0 %	72,6 %	64,4 %
Gesamt (%/n)	100 %/n=3.721	100 %/n=2.563	100 %/n=1.158
Höchster Schulabschluss			
Volks- oder Hauptschulabschluss	32,2 %	34,3 %	27,9 %
Abschluss Polytechnische Oberschule oder Realschulabschluss	39,7 %	40,3 %	38,6 %
Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Abitur)	26,8 %	24,3 %	32,1 %
Keinen Schulabschluss	0,9 %	0,9 %	0,9 %
Anderer Schulabschluss	0,3 %	0,2 %	0,4 %
Gesamt (%/n)	100 %/n=3.571	100, %/n=2.406	100 %/n=1.165
Höchster Berufsabschluss			
Anlernausbildung	3,8 %	4,7 %	2,0 %
Abschluss einer Lehre	53,3 %	54,5 %	50,8 %
Meister, Techniker oder gleichwertiger Fachschulabschluss	16,6 %	15,6 %	18,8 %
Fachhochschulabschluss oder Universitätsabschluss	20,8 %	18,7 %	25,0 %
Keinen beruflichen Abschluss	4,7 %	5,9 %	2,4 %
Anderer beruflicher Abschluss	0,7 %	0,6 %	1,0 %
Gesamt (%/n)	100 %/n=3.522	100 %/n=2.371	100 %/n=1.151

4 Ergebnisse: Auswahl einer Pflegeeinrichtung

Mit dem Auftreten einer Pflegebedürftigkeit stehen Betroffene sowie deren Angehörige vor der Entscheidung, wie eine adäquate pflegerische Versorgung erbracht werden soll und kann. Ist eine Versorgung im häuslichen Bereich nicht mehr möglich, so stellt sich die Frage nach einer geeigneten Pflegeeinrichtung. Um Pflegeangebote vergleichen und sich einen Überblick zu Qualitätsunterschieden der Einrichtungen verschaffen zu können, ist es von zentraler Bedeutung herauszufinden, welche Qualitätskriterien und Informationen von den Betroffenen benötigt werden.

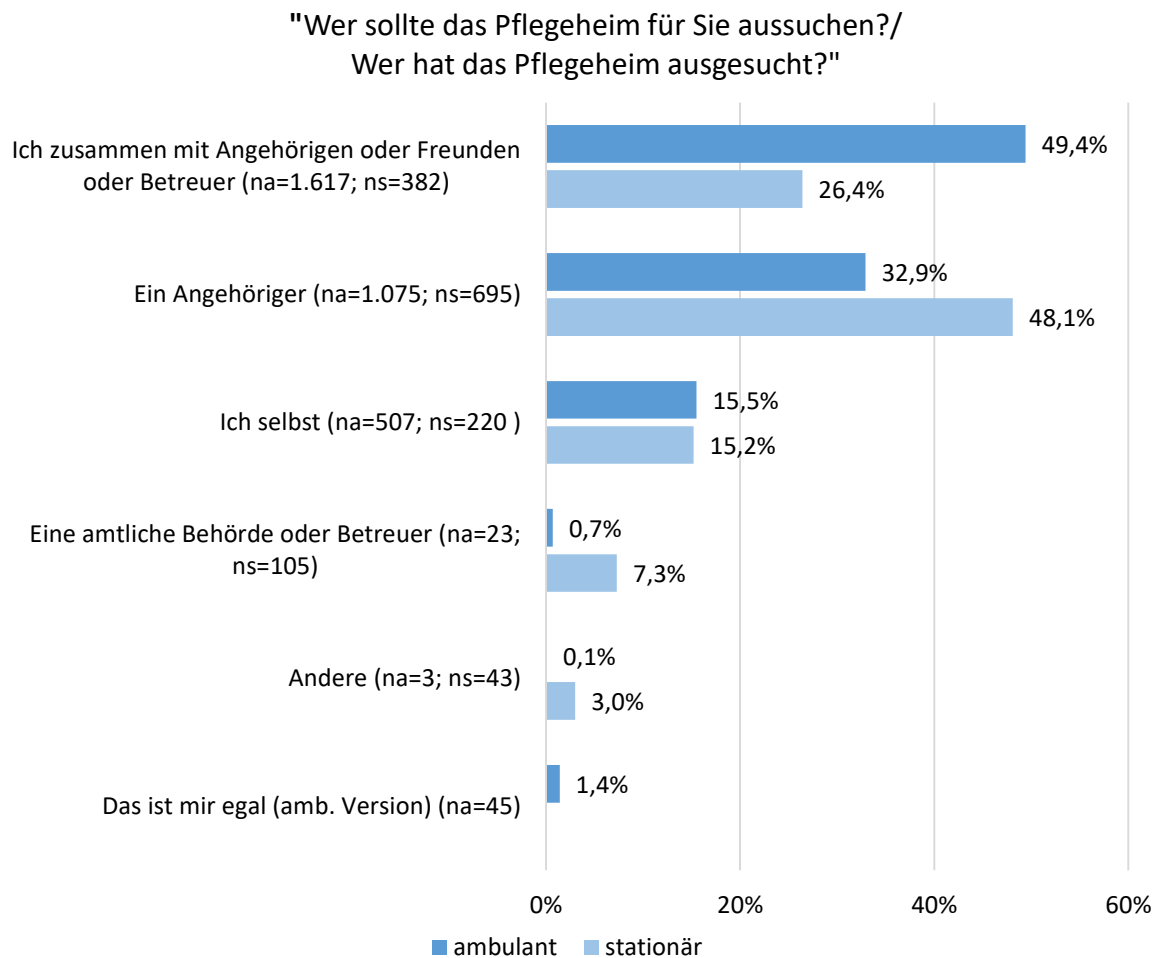
In diesem Zusammenhang ist es zudem relevant, wer die Auswahl einer Pflegeeinrichtung übernimmt. Neben dem Pflegebedürftigen selbst kann dies u. a. durch Angehörige oder gesetzliche Vertreter/-innen geschehen (vgl. Abbildung 6).

Von 3.270 ambulant Versorgten gaben fast die Hälfte (49,4 %) an, dass die Auswahl gemeinsam mit Angehörigen oder Freunden erfolgen sollte. Ein Drittel (32,9 %) der Befragungsteilnehmer/-innen würden eine Pflegeeinrichtung durch Angehörige aussuchen lassen. Lediglich 15,5 Prozent möchten die Auswahl selbst vornehmen. Ein sehr geringer Anteil von 0,7 Prozent würde die Suche an einen Betreuer oder eine Betreuerin bzw. an eine gesetzliche Behörde übergeben. Für 1,4 Prozent der Befragten spielt es keine Rolle, wer eine geeignete Pflegeeinrichtung aussucht. 0,1 Prozent der Befragten nannten „andere Personen“.

Unter den stationär Versorgten (n=1.446), welche bereits in der Situation waren, eine Pflegeeinrichtung auszuwählen, zeigen sich deutliche Unterschiede. Lediglich ein Viertel (26,4 %) dieser Befragungsguppe gab an, dass sie eine Pflegeeinrichtung gemeinsam mit Angehörigen oder Freunden aussuchten. Weitere 15,2 Prozent wählten ihre stationäre Unterbringung selbst aus und in immerhin 7,3 Prozent der Fälle übernahm eine amtliche Behörde, der Betreuer oder die Betreuerin das Auswahlverfahren. 3,0 Prozent benannten „andere Personen“, womit zumeist der Sozialdienst eines Krankenhauses gemeint war.

So sind es also nicht nur die Verbraucher/-innen oder deren Angehörige, welche einen Pflegeheimplatz auswählen, sondern zu einem geringen Anteil auch Akteure des Gesundheitswesens, die die Auswahl mit beeinflussen. Mehrheitlich (48,1 %) sind es innerhalb der stationären Versorgungsgruppen jedoch Angehörige, die eine geeignete Pflegeeinrichtung für die Pflegebedürftigen aussuchten. Dies untermauert die Annahme, dass Angehörige eine relevante und zu berücksichtigende Gruppe bei der Auswahl darstellt.

Abbildung 6: Akteure bei der Auswahl einer Pflegeeinrichtung (in Prozent)



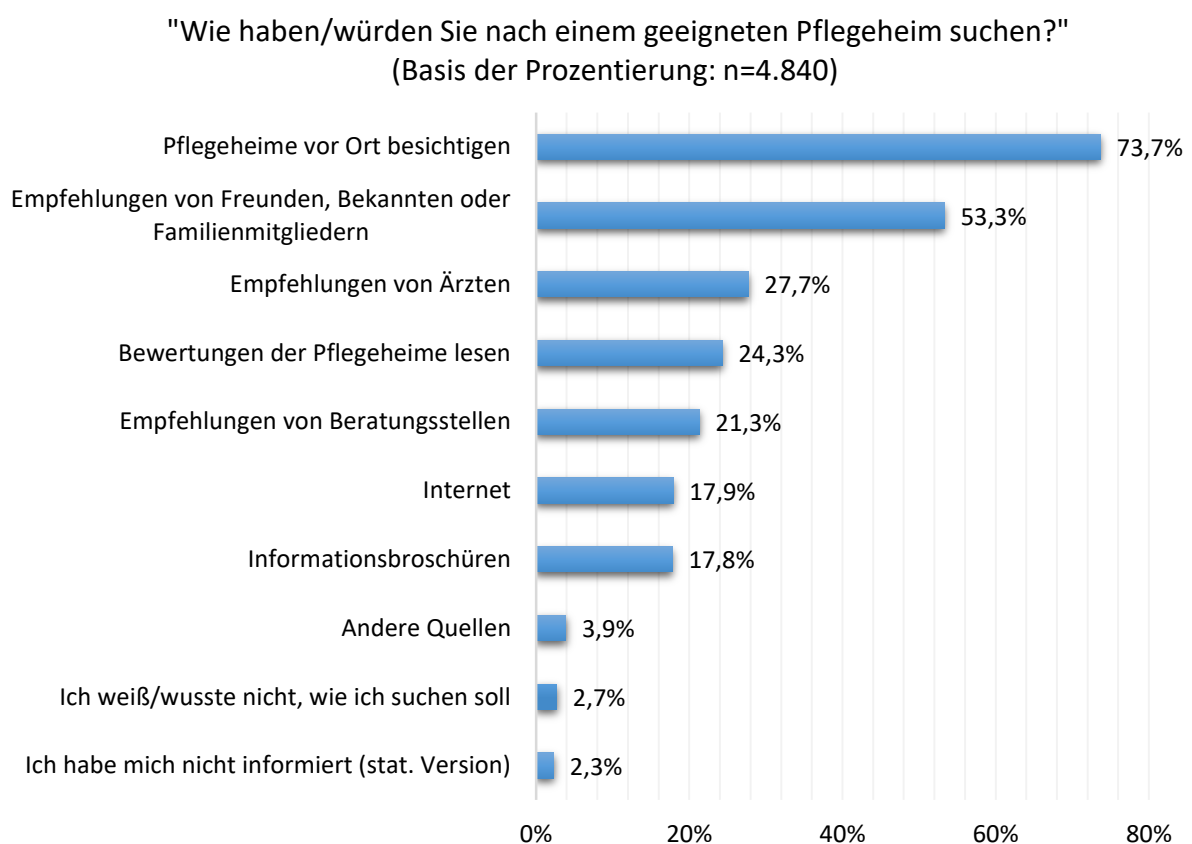
Quelle: Studie zur Weiterentwicklung der Qualitätsberichterstattung in der Langzeitpflege

4.1 Informationsquellen und Suchstrategien

Für die Suche nach einer geeigneten Pflegeeinrichtung stehen Pflegebedürftigen und deren Angehörigen verschiedene Informationsquellen zu Verfügung. Da zumeist mehrere Quellen im Entscheidungsprozess herangezogen werden, hatten die Befragungsteilnehmer/-innen die Möglichkeit aus einer Liste mehrere genutzte oder bevorzugte Quellen anzukreuzen. Während stationär Versorgte auf ihre tatsächlichen Erfahrungswerte zurückgreifen konnten, waren ambulant Versorgte aufgefordert, sich hypothetisch mit dieser Frage auseinanderzusetzen. Durchschnittlich nannten die Befragungsteilnehmer/-innen 2,4 Quellen. Fast drei Viertel der Befragten (73,7 %) wählten die persönliche Besichtigung vor Ort aus, um sich einen Eindruck von der Pflegeeinrichtung zu verschaffen. In diesem Zusammenhang wurde in der Freitextangabe mehrmals angegeben, dass die Befragten ein persönliches Gespräch mit Bewohnerinnen oder Bewohnern suchen würden. Das Einholen von Empfehlungen durch Freunde, Bekannte oder Familienmitglieder wird von mehr als der Hälfte (53,3 %) als ge-

eignete Suchstrategie eingeschätzt bzw. gewählt – hingegen werden Empfehlungen von Ärzten (27,7 %) (z. B. Hausärzte, Fachärzte) oder von Beratungsstellen (21,3 %) (z. B. Pflegestützpunkt, Kranken- oder Pflegeversicherung) deutlich seltener herangezogen. Etwa ein Viertel der Befragten (24,3 %) lesen Bewertungen der Pflegeheime (z. B. Pflege-TÜV, Grüner Haken) oder Informationsbroschüren (17,8 %), um Informationen über Pflegeeinrichtungen zu erhalten. Auf der Suche nach einem geeigneten Pflegeplatz nutzen zudem 17,9 Prozent das Internet. Ein geringer Anteil von 2,7 Prozent wusste/weiß nicht, wie man nach einer geeigneten Pflegeeinrichtung sucht (vgl. Abbildung 7).

Abbildung 7: Suchstrategien und Informationsquellen (Gesamt, Mehrfachnennung, in Prozent)



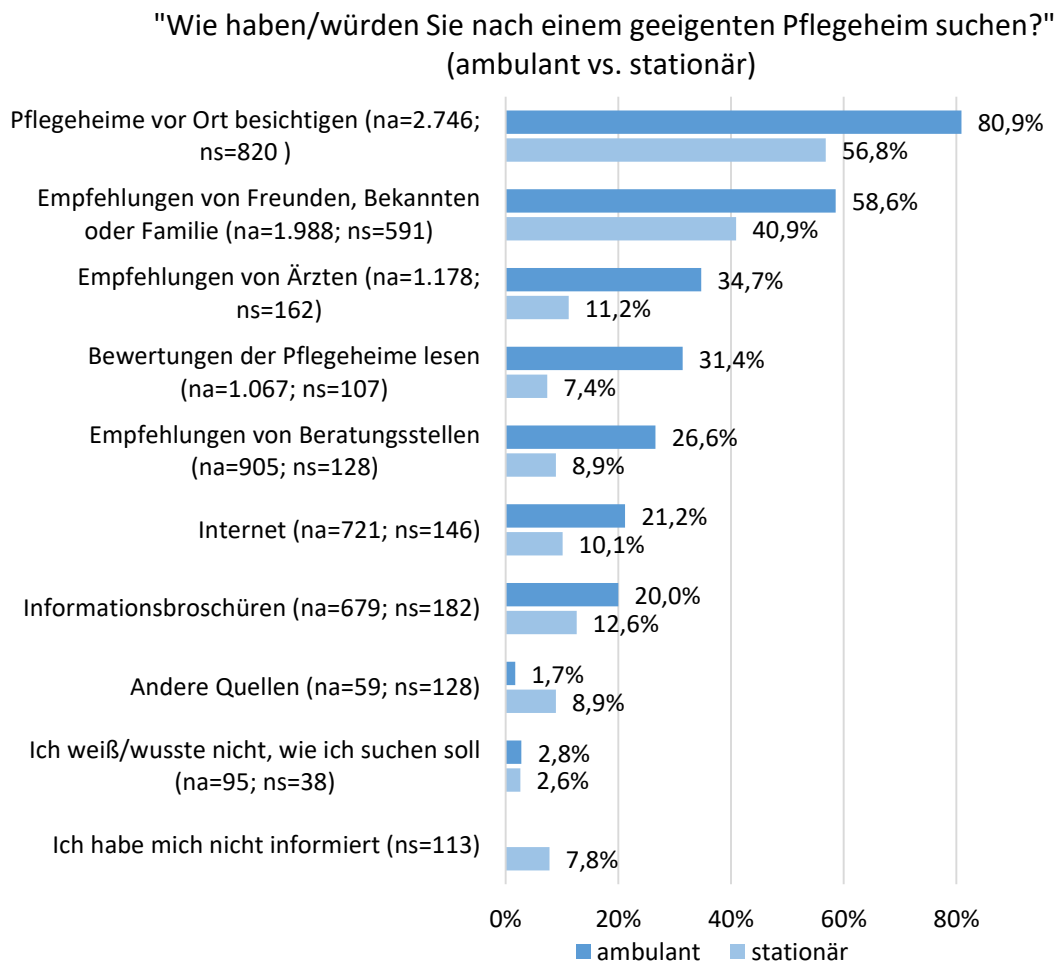
Quelle: Studie zur Weiterentwicklung der Qualitätsberichterstattung in der Langzeitpflege

Anmerkung: Prozentwert bezieht sich auf die Anzahl der Nennungen

Unterschiede in den Suchstrategien zwischen ambulant und stationär versorgten Befragten zeigen sich insbesondere in der Anzahl der ausgewählten Quellen, wobei die Rangfolge der präferierten resp. genutzten Informationsquellen in beiden Untergruppen erhalten bleiben (vgl. Abbildung 8). Stationär Versorgte nutzten auf der Suche nach einer geeigneten Pflegeeinrichtung durchschnittlich 1,7 Quellen. Hingegen benennen ambulant Versorgte prospektiv 2,8 Informationswege. Beide Versorgungsgruppen präferieren eine persönliche Besichtigung vor Ort. Ambulant Versorgte würden im

Fälle einer Pflegeheimsuche diesen Informationsweg (80,9 %) deutlich häufiger wählen, als dies stationär Versorgte (56,8 %) angaben.

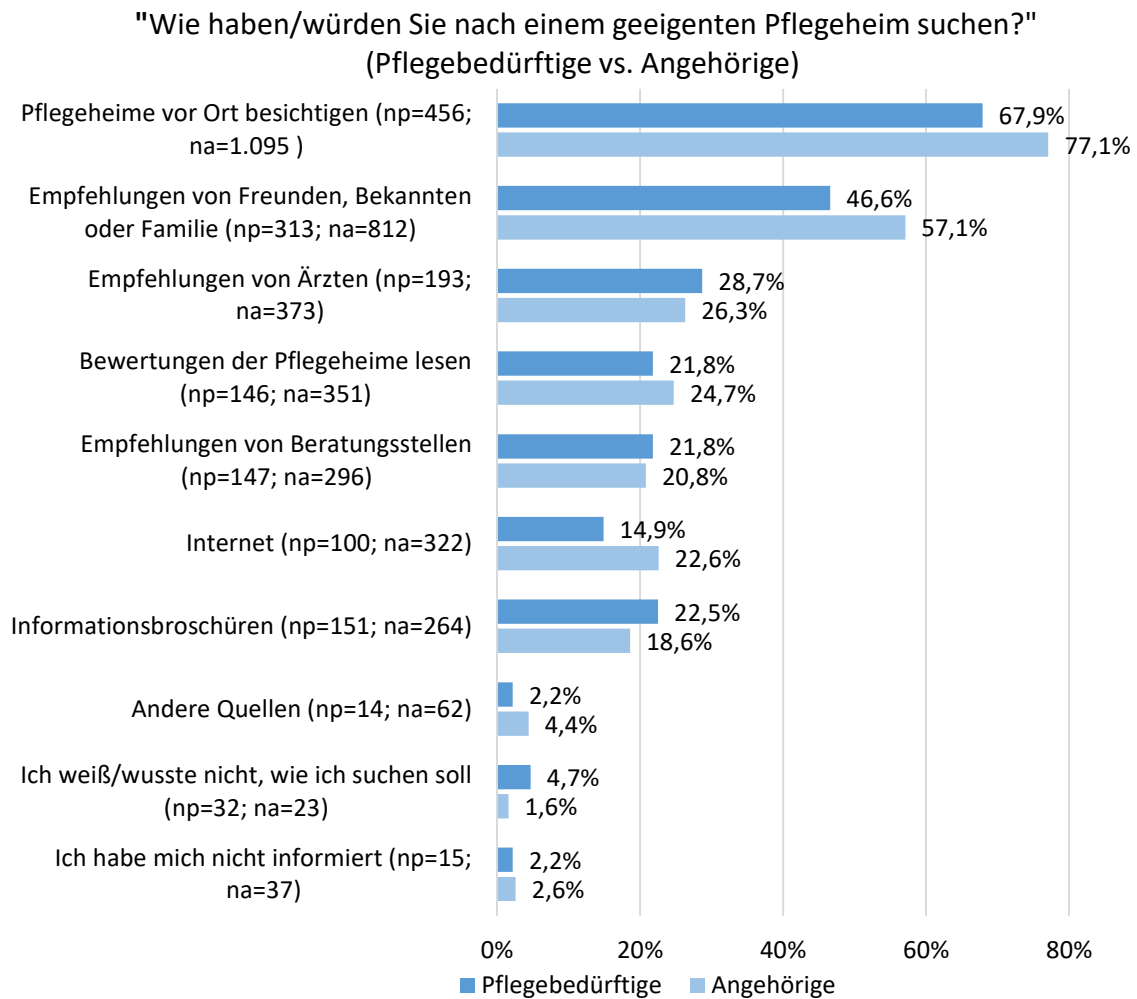
Abbildung 8: Suchstrategien und Informationsquellen nach Versorgungsart (Mehrfachnennung, in Prozent)



Quelle: Studie zur Weiterentwicklung der Qualitätsberichterstattung in der Langzeitpflege
Anmerkung: Prozentwert bezieht sich auf die Anzahl der Nennungen

Unterschiede in den Suchstrategien zwischen Angehörigen und Pflegebedürftigen zeigen sich ebenso in der Anzahl der gewählten Quellen. Angehörige nutzen bei der Auswahl einer Pflegeeinrichtung 2,6 Quellen im Vergleich zu Pflegebedürftigen mit 2,3 Quellen. Lediglich das Internet wird von Angehörigen (22,6 %) gegenüber Pflegebedürftigen (14,9 %) als Informationsquelle häufiger genutzt. Hingegen greifen die Pflegebedürftige (22,5 %) eher auf Informationsbroschüren zurück, als Angehörige (16,8 %) (vgl. Abbildung 9).

Abbildung 9: Suchstrategien und Informationsquellen nach Befragungsperson (Mehrfachnennung, in Prozent)



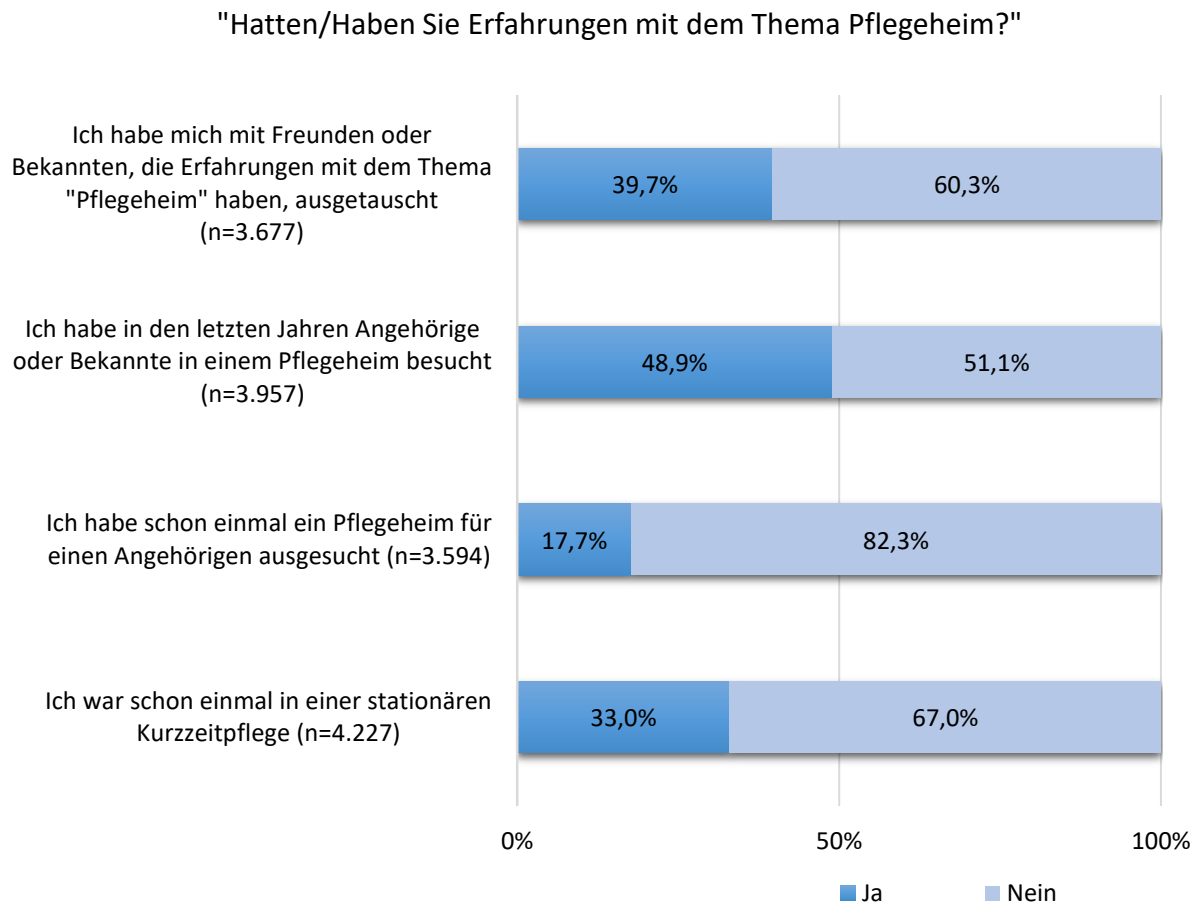
Quelle: Studie zur Weiterentwicklung der Qualitätsberichterstattung in der Langzeitpflege
Anmerkung: Prozentwert bezieht sich auf die Anzahl der Nennungen; Befragungsteilnehmer/-innen, welche den Fragebogen gemeinsam ausfüllten, werden nicht dargestellt

4.2 Erfahrungen mit dem Thema Pflegeheim

Die Analyse der Daten zeigt, dass die Befragungsteilnehmer/-innen wenig persönliche Erfahrungen mit Pflegeeinrichtungen resp. mit dem Thema Pflegeheim aufweisen. Über alle vier Items hinweg verneinen die Versicherten mehrheitlich mit den im Fragebogen aufgelisteten Erfahrungssituationen konfrontiert gewesen zu sein (vgl. Abbildung 10). Immerhin fast die Hälfte der Befragten (48,9 %) ist über persönliche Besuche von Angehörigen oder Bekannten in einem Pflegeheim mit dieser Thematik in Berührung gekommen. Der Austausch von Erfahrungswerten hinsichtlich einer pflegerischen Versorgung in einer Pflegeeinrichtung mit Freunden und Bekannten, die bereits Kenntnisse über Pflegeeinrichtungen haben, nimmt ebenfalls eine untergeordnete Rolle ein (39,7 %).

Etwas mehr als ein Drittel der Versicherten (33,0 %) hat im Zuge einer stationären Kurzzeitpflege persönliche Erfahrungen gesammelt. Die Aussage „Ich habe schon einmal ein Pflegeheim für einen Angehörigen ausgesucht“ bejahen gerade einmal 17,7 Prozent. Das heißt, der Großteil der Befragungsteilnehmer/-innen steht (ambulant) oder stand (stationär) erstmals vor der Entscheidung, eine geeignete Pflegeeinrichtung für sich selbst oder einen Angehörigen auszusuchen.

Abbildung 10: Erfahrungen mit dem Thema Pflegeheim (Gesamt, in Prozent)



Quelle: Studie zur Weiterentwicklung der Qualitätsberichterstattung in der Langzeitpflege

Die Betrachtung der Teilgruppen nach Versorgungsart (vgl. Tabelle 5) zeigt teilweise signifikante Unterschiede ($p < 0,05$) hinsichtlich der Erfahrungswerte mit dem Thema Pflegeheim. Stationär versorgte Befragungsteilnehmer/-innen weisen signifikant mehr Erfahrung mit der stationären Kurzzeitpflege (39,0 %) auf als ambulant Versorgte (30,4 %). Ebenfalls zeigen sich signifikante Unterschiede nach Versorgungsart im Hinblick auf den Austausch mit anderen Personen über Erfahrungen zum Thema Pflegeheim. Ambulant Versorgte (42,7 %) suchen eher das Gespräch mit Bekannten bezüglich dieser Thematik als die tatsächlich stationär Versorgten (31,9 %). Ambulant versorgte Befragte (51,8 %) sammelten zudem signifikant häufiger Erfahrungen durch den Besuch von Angehörigen oder Be-

kannten in einer Pflegeeinrichtung, als dies stationär Versorgte (41,4 %) taten. Hingegen zeigen sich keine signifikanten Unterschiede in den Teilgruppen hinsichtlich der Aussage „Ich habe schon einmal ein Pflegeheim für einen Angehörigen ausgesucht“. Beide Versorgungsgruppen waren bisher gleichermaßen selten in dieser Situation (ca. 18,0 %).

Tabelle 5: Erfahrungen mit dem Thema Pflegeheim nach Versorgungsart

Hatten/Haben sie bereits Erfahrungen mit dem Thema „Pflegeheim“?	Ambulant (n=3.542)		Stationär (n=1.479)	
	Ja	Nein	Ja	Nein
Ich habe mich mit Freunden oder Bekannten, die Erfahrungen mit dem Thema „Pflegeheim“ haben, ausgetauscht (ambulant n=2.659; stationär n=1.018)	42,7 %	57,3 %	31,9 %	68,1 %
Ich habe in den letzten Jahren Angehörige oder Bekannte in einem Pflegeheim besucht (ambulant n=2.850; stationär n=1.107)	51,8 %	48,2 %	41,4 %	58,6 %
Ich habe schon einmal ein Pflegeheim für einen Angehörigen ausgesucht (ambulant n=2.579; stationär n=1.015)	17,6 %	82,4 %	17,9 %	82,1 %
Ich war schon einmal in einer stationären Kurzzeitpflege (ambulant n=2.953; stationär n=1.275)	30,4 %	69,6 %	39,0 %	61,0 %

In der ambulanten Version des Fragebogens wurden weitere Fragen zu den Erfahrungen mit und Einstellungen gegenüber der stationären Pflege implementiert. Auf die Frage, ob sich der Befragte schon einmal Gedanken darüber gemacht hat in einem Pflegeheim zu leben, gaben mehr als die Hälfte (57,2 %) der ambulanten Versorgten (n=3.244) an, dass es hierfür bisher keinen Grund gab. 24,1 Prozent haben sich mit diesem Gedanken beschäftigt, schließen ein Leben in einer Pflegeeinrichtung allerdings kategorisch aus. Lediglich 18,7 Prozent haben sich mit dieser Thematik auseinandergesetzt und können sich zudem vorstellen, in einer Pflegeeinrichtung zu leben. Es zeigt sich also unter den ambulant Versorgten nicht nur eine Vermeidung von Gesprächen über Pflegeerfahrungen, sondern auch eine Tendenz zur Vermeidung von Gedanken über ein Leben in einer stationären Pflegeeinrichtung. Entsprechend konnte der Großteil (48,9 %) der ambulant Versorgten (n=3.293) zum Zeitpunkt der Befragung noch nicht abschätzen, ob in naher Zukunft ein Pflegeheim ausgesucht werden muss. 16,2 Prozent sind hingegen überzeugt davon, dass in nächster Zeit keine Pflegeein-

richtung ausgesucht werden muss. 31,9 Prozent halten dies für wahrscheinlich und lediglich 3,0 Prozent sind sich sicher, dass die Suche nach einer Pflegeeinrichtung in Kürze notwendig werden wird.

4.3 Auswahlkriterien einer Pflegeeinrichtung

Auf Grundlage der Literaturrecherche konnten zehn Qualitätsbereiche der Verbraucher/-innen identifiziert werden. Insgesamt werden die zehn Bereiche durch 79 Einzelitems erfasst. Inwieweit diese Kriterien von den Verbraucherinnen und Verbrauchern als relevant für die Wahl eines Pflegeheims eingestuft werden, wird in dem folgenden Kapitel dargestellt. Dabei gilt es, in der Interpretation der Ergebnisse zu beachten, dass ein als wichtig eingestuftes Kriterium nicht bedeutet, dass dieses auch in der Pflegeeinrichtung erfüllt ist.

Basis der Analyse bilden 4.956 Befragungspersonen, da jene ausgeschlossen wurden, die keines der 79 aufgelisteten Kriterien bewerteten (n=65).

Tabelle 6 gibt eine Gesamtübersicht zur Bewertung der Qualitätskriterien aus Sicht der Befragten Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen. (vgl. Tabelle 6).

Die Einschätzung der Wichtigkeit einzelner Qualitätskriterien pro Qualitätsbereich erfolgt auf einer fünfstufigen Bewertungsskala von „überhaupt nicht wichtig“ bis „entscheidend“. Für die Analyse werden auf Grundlage dieser Skala Mittelwerte (m) sowie Standardabweichung (sd) für jedes Qualitätskriterium berechnet und die Mittelwerte graphisch als Liniendiagramm dargestellt. Je höher der Mittelwert, desto wichtiger ist das jeweilige Kriterium für die Befragten bei der Auswahl einer Pflegeeinrichtung. Neben einer Gesamtbetrachtung werden darüber hinaus Bewertungsunterschiede nach Befragungsperson (Pflegebedürftige vs. Angehörige) und nach der Art der Versorgung (ambulant vs. stationär) vorgelegt und mithilfe eines t-Test für unabhängige Stichproben auf Signifikanz (zweiseitig) auf dem Fünf-Prozent-Niveau hin untersucht.

Tabelle 6: Gesamtübersicht Qualitätskriterien (absteigend sortiert)

Kriterium	Qualitätsbereich	Mittelwert
Respektvolles Verhalten des Pflegepersonals gegenüber dem Pflegebedürftigen	Pflege (Personal)	4,27
Angemessene Reaktion auf Beschwerden	Lebensführung und Privatsphäre	4,25
Eine sorgfältig durchgeführte Pflege	Pflege	4,22
Gut ausgebildetes Pflegepersonal	Pflege (Personal)	4,21
Ausreichender Pflegepersonalschlüssel	Pflege (Personal)	4,21
Bedürfnisorientierte Pflege	Pflege	4,19
Dass sich viel Zeit für die Pflege genommen wird	Pflege	4,18
Verständliche und nachvollziehbare Übersicht über die Gesamtkosten	Kosten	4,16
Möglichkeit, ungestört zu sein	Lebensführung und Privatsphäre	4,16
Guter Kontakt zu den Pflegekräften	Soziale Kontakte	4,15
Einfluss auf die Auswahl des Mitbewohners nehmen zu können	Lebensführung und Privatsphäre	4,13
Freundlicher und höflicher Umgang unter den Bewohnern	Soziale Kontakte	4,11
Wahlmöglichkeit bei der Zimmerart	Lebensführung und Privatsphäre	4,11
Einbezug der Angehörigen bei medizinischen Entscheidungen	Medizinische Versorgung	4,11
Guter Geschmack von Essen und Getränken	Essen und Trinken	4,10
Flexible Besuchszeiten	Lebensführung und Privatsphäre	4,10
Fester Ansprechpartner vor Ort	Pflege (Personal)	4,09
Dass der regelmäßige Kontakt zu Freunden und Angehörigen vom Personal unterstützt wird	Soziale Kontakte	4,05
Dass sich Zeit für persönliche Zuwendung und Gespräche genommen wird	Pflege	4,04
Möglichkeit, ein eigenes Badezimmer zu haben	Wohnen und Ausstattung	4,04
Direkte Versorgung durch Haus- und Fachärzte vor Ort im Pflegeheim	Medizinische Versorgung	4,03
Abwechslungsreiches Essensangebot	Essen und Trinken	4,03
Muttersprachliche Pflege	Pflege (Personal)	4,02
Nähe des Pflegeheims zu Angehörigen und Freunden	Lage und Erreichbarkeit	4,01
Gründliche und sorgfältige Reinigung des (Bade-)zimmers	Reinigung und Wäsche	3,99
Gepflegter Eindruck von Fluren und Gemeinschaftsräumen	Reinigung und Wäsche	3,97
Förderung der Selbstständigkeit durch das Personal	Lebensführung und Privatsphäre	3,97
Förderung der Beweglichkeit und einer aktiven Lebensweise durch das	Lebensführung	3,95

Personal	und Privatsphäre	
Vor Ort frisch zubereitetes Essen	Essen und Trinken	3,93
24-Stunden Ärzte-Rufbereitschaft	Medizinische Versorgung	3,89
Ansprechende Atmosphäre	Wohnen und Ausstattung	3,88
Geräumigkeit des privaten Zimmers	Wohnen und Ausstattung	3,82
Seltener Personalwechsel	Pflege (Personal)	3,81
Unter den Bewohnern jemanden zum Reden haben	Soziale Kontakte	3,81
Tägliche Reinigung des (Bade-)zimmers	Reinigung und Wäsche	3,80
Unterstützung des Personals bei der Beantragung von Pflegegeldern	Kosten	3,77
Unterstützung des Personals bei der Beantragung von Hilfsmitteln	Kosten	3,74
Ansprechende Gestaltung der Umgebung des Pflegeheims	Lage und Erreichbarkeit	3,73
Mitbestimmung bei der Planung und Durchführung von pflegerischen Maßnahmen	Lebensführung und Privatsphäre	3,72
Dass die Wäsche vor Ort gewaschen und gebügelt wird	Reinigung und Wäsche	3,69
Nähe des Pflegeheims zum ursprünglichen Wohnort	Lage und Erreichbarkeit	3,66
Dass das Pflegeheim auf dem technisch neuesten Stand ist	Wohnen und Ausstattung	3,65
Ruhige Lage des Pflegeheims	Lage und Erreichbarkeit	3,65
Weiterversorgung durch den eigenen Hausarzt im Pflegeheim	Medizinische Versorgung	3,63
Über den eigenen Tagesablauf selbstbestimmen	Lebensführung und Privatsphäre	3,54
Lage im Grünen	Lage und Erreichbarkeit	3,50
Therapeutische Angebote im Pflegeheim	Medizinische Versorgung	3,50
Möglichkeit, dass Zimmer selbst einzurichten	Wohnen und Ausstattung	3,50
Angebote zur Gesundheitsförderung im Pflegeheim	Medizinische Versorgung	3,49
Über Heimangelegenheiten gut informiert zu werden	Lebensführung und Privatsphäre	3,46
Möglichkeit, eigene Möbel mitbringen zu können	Wohnen und Ausstattung	3,32
Unterstützung durch das Pflegeheim bei der Versorgungsplanung zum Lebensende	Lebensführung und Privatsphäre	3,24
Möglichkeit, sich aussuchen zu können, ob man von einer männlichen oder weiblichen Pflegekraft versorgt wird	Pflege (Personal)	3,23

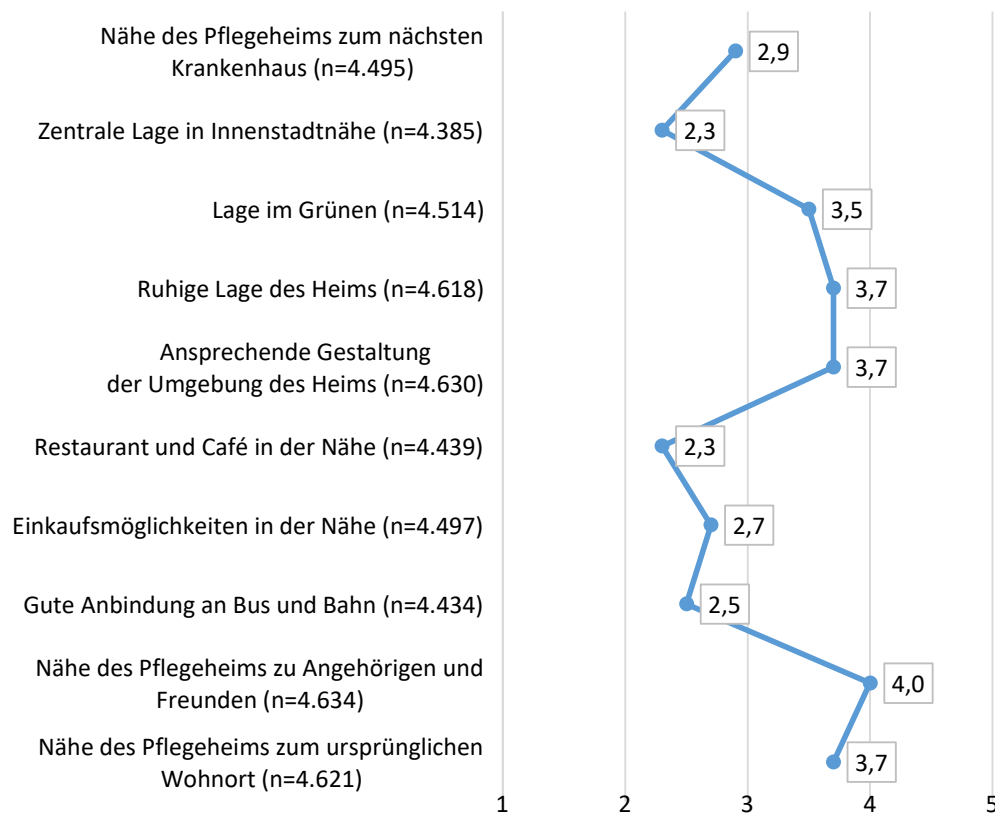
Angebote an kulturellen Veranstaltungen	Freizeitaktivitäten	3,15
Dass das Essen auf dem Zimmer gegessen werden kann	Essen und Trinken	3,15
Dass es eine „offene Tür“ gibt	Soziale Kontakte	3,14
Möglichkeit zur Teilnahme von Angehörigen und Freunden an Freizeitaktivitäten	Freizeitaktivitäten	2,96
Nähe des Pflegeheims zum nächsten Krankenhaus	Lage und Erreichbarkeit	2,94
Organisierte Ausflüge	Freizeitaktivitäten	2,93
Freie Sitzplatzwahl im Speisesaal	Essen und Trinken	2,88
Geringer Anteil an Bewohnern mit Demenz	Soziale Kontakte	2,82
Möglichkeit, eigenen Hobbies nachgehen zu können	Freizeitaktivitäten	2,81
Flexible Essenszeiten	Essen und Trinken	2,77
Einfluss auf die Freizeitangebote des Pflegeheims nehmen zu können	Lebensführung und Privatsphäre	2,73
Mitspracherecht bei Angelegenheiten des Heimbetriebs	Lebensführung und Privatsphäre	2,70
Berücksichtigung spezieller Essenswünsche	Essen und Trinken	2,69
Einkaufsmöglichkeiten in der Nähe	Lage und Erreichbarkeit	2,68
Gute Anbindung an Bus und Bahn	Lage und Erreichbarkeit	2,53
Religiöse Angebote	Freizeitaktivitäten	2,49
Angebote an sportlichen Aktivitäten	Freizeitaktivitäten	2,49
Restaurants und Cafés in der Nähe	Lage und Erreichbarkeit	2,34
Zentrale Lage in Innenstadtnähe	Lage und Erreichbarkeit	2,32
Möglichkeit, alltägliche Dinge selbst zu erledigen	Lebensführung und Privatsphäre	2,28
Übernachtungsmöglichkeit für Angehörige	Wohnen und Ausstattung	2,20
Persönliche Wäsche selbst waschen zu können	Reinigung und Wäsche	2,10
Kooperationen mit Einrichtungen in der Nachbarschaft, die weitere Freizeitangebote ermöglichen	Freizeitaktivitäten	2,00
Möglichkeit, selber zu kochen	Essen und Trinken	1,88
Kostenloser Computer- und Internetzugang	Freizeitaktivitäten	1,82
Eigene Haustiere mitbringen zu können	Wohnen und Ausstattung	1,63

4.3.1 Institutionsbezogene Qualitätsdimension

Lage und Erreichbarkeit

Innerhalb des Qualitätsbereichs Lage und Erreichbarkeit sind es in erster Linie infrastrukturelle Kriterien, die für die Befragungsteilnehmer/-innen wenig Relevanz im Auswahlprozess einnehmen. Die Kriterien zentrale Lage in Innenstadtnähe sowie Restaurants und Cafés in der Nähe werden mit einem Mittelwert von 2,3 (sd=1,2) am niedrigsten bewertet. Dies entspricht auf der fünfstufigen Bewertungsskala „nicht sehr wichtigen“ Aspekten bei der Auswahl einer Pflegeeinrichtung. Die Anbindung an das öffentliche Nahverkehrsnetz ist mit einem Mittelwert von 2,5 (sd=1,4) ebenfalls im unteren Bewertungsbereich verortet. Etwas wichtiger werden von den Befragten Einkaufsmöglichkeiten in der Nähe zur Pflegeeinrichtung (m=2,7; sd=1,3) eingeschätzt. Die unmittelbare Infrastruktur betreffend, weist zudem das Kriterium Nähe des Pflegeheims zum nächsten Krankenhaus mit einem Mittelwert von 2,9 (sd=1,1) eine etwas höhere Bewertung auf. Die im weiteren Sinne infrastrukturellen Kriterien wie die Lage im Grünen, eine ansprechende Gestaltung der Umgebung (z. B. Garten- oder Parkanlage) sowie eine ruhige Lage des Heims zeigen im Verhältnis zu bereits genannten Kriterien deutlich höhere Bewertungen auf. Dies gilt gleichermaßen für die Nähe des Pflegeheims zum ursprünglichen Wohnort. So wird eine grüne Umgebung im Mittel mit 3,5 (sd=0,9) Bewertungspunkten, eine ansprechende Gestaltung der Umgebung mit 3,7 (sd=0,9), eine ruhige Lage mit 3,7 (sd=0,9) Punkten sowie die Nähe zum ursprünglichen Wohnort mit 3,7 (sd=1,1) Punkten beurteilt. Besonders wichtig für die Auswahl einer Pflegeeinrichtung ist für die Befragungsteilnehmer/-innen, die Nähe des Pflegeheims zu Angehörigen und Freunden (m=4,0; sd=0,9). (vgl. Abbildung 11)

Abbildung 11: Qualitätsbereich: Lage und Erreichbarkeit (Gesamt, Mittelwerte)



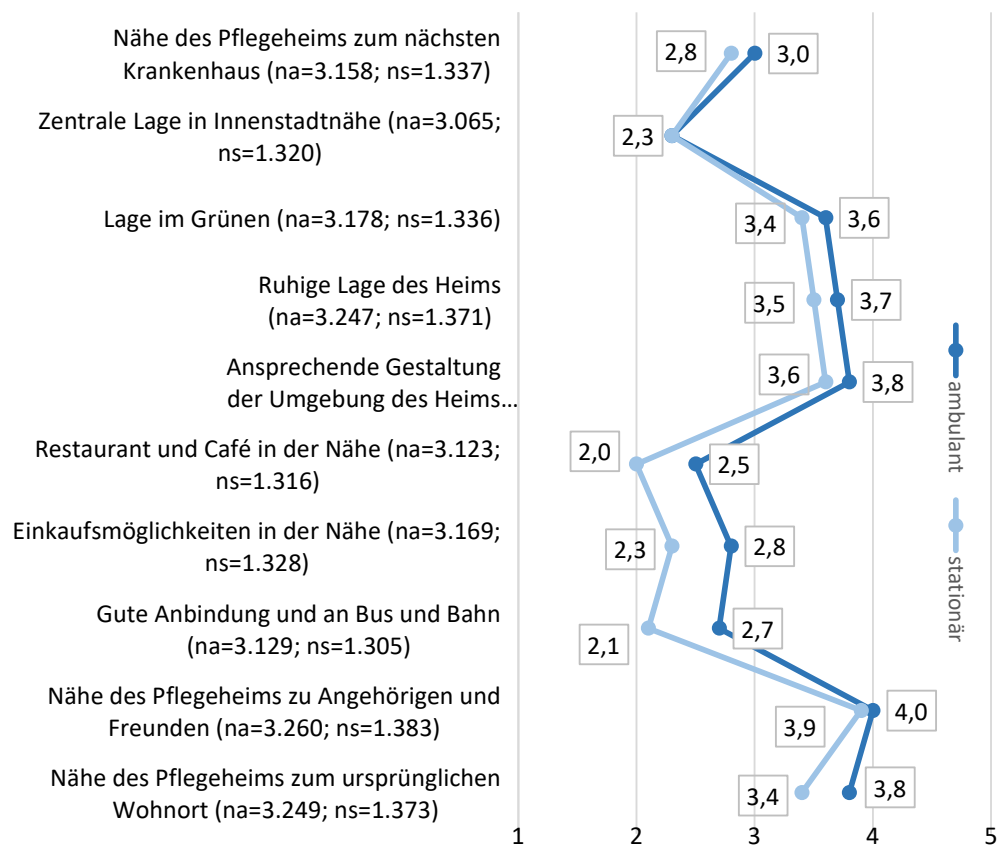
Quelle: Studie zur Weiterentwicklung der Qualitätsberichterstattung in der Langzeitpflege

Anmerkung: 1=überhaupt nicht wichtig; 2=nicht sehr wichtig; 3=etwas wichtig; 4=sehr wichtig; 5=entscheidend

Werden die Bewertung der Kriterien zum Qualitätsbereich Lage und Erreichbarkeit nach Art der Versorgung miteinander verglichen, so zeigen sich zwischen den Versorgungsgruppen Unterschiede. Dieser Unterschied in der Bewertung kann für jedes Kriterium bis auf eine zentrale Lage in Innenstadtnähe als statistisch signifikant ($p < 0,05$) nachgewiesen werden. Dabei stufen die stationär Versorgten alle Kriterien als etwas weniger bedeutsam ein als die ambulant versorgten Personen (vgl. Abbildung 12). Für beide Versorgungsgruppen nimmt die Nähe des Pflegeheims zu Angehörigen und Freunden den höchsten Stellenwert bei der Auswahl einer Pflegeeinrichtung ein. Aber auch hier ist ambulant Versorgten ($m=4,0$; $sd=0,9$) dieses Kriterium etwas wichtiger als stationär versorgten Personen ($m=3,9$; $sd=1,0$). Auf dem Wichtigkeitsstrang weiterhin hohe Bewertungen erhalten von beiden Subgruppen die Kriterien Nähe des Pflegeheims zum ursprünglichen Wohnort ($m_a=3,8$; $sd_a=1,0$; $m_s=3,4$; $sd_s=1,3$), eine ansprechende Gestaltung der Umgebung des Pflegeheims ($m_a=3,8$; $sd_a=0,9$; $m_s=3,6$; $sd_s=0,9$), eine ruhige Lage des Pflegeheims ($m_a=3,7$; $sd_a=0,9$; $m_s=3,5$; $sd_s=0,9$) sowie eine Lage im Grünen ($m_a=3,6$; $sd_a=0,9$; $m_s=3,4$; $sd_s=1,0$). Hierbei zeigen sich jedoch wiederum Unterschiede in der Präferenzsetzung. Während ambulant Versorgte die Nähe des Pflegeheims zum ursprüngli-

chen Wohnort insgesamt am zweithöchsten⁶ bewerten ($m=3,8$; $sd=1,0$), ist es unter den stationär Versorgten nur der am viertwichtigsten genannte Aspekt ($m=3,4$; $sd=1,3$). Wesentlicher für die Auswahl einer Pflegeeinrichtung sind für stationär Versorgte eine ansprechende Gestaltung der Umgebung des Pflegeheims ($m=3,6$; $sd=0,9$) sowie eine ruhige Lage des Pflegeheims ($m=3,5$; $sd=0,9$). Differenzen zwischen den zwei Versorgungsgruppen zeigen sich ebenso hinsichtlich der am niedrigsten bewerteten Aspekte. Für ambulant Versorgte nimmt die zentrale Lage in Innenstadtnähe ($m=2,3$; $sd=1,2$) die niedrigste Priorität bei der Auswahl einer Pflegeeinrichtung ein, wohingegen es für stationär Versorgte die Nähe zu Restaurants und Cafés ($m=2,0$; $sd=1,1$) ist.

Abbildung 12: Qualitätsbereich: Lage und Erreichbarkeit nach Art der Versorgung (Mittelwerte)



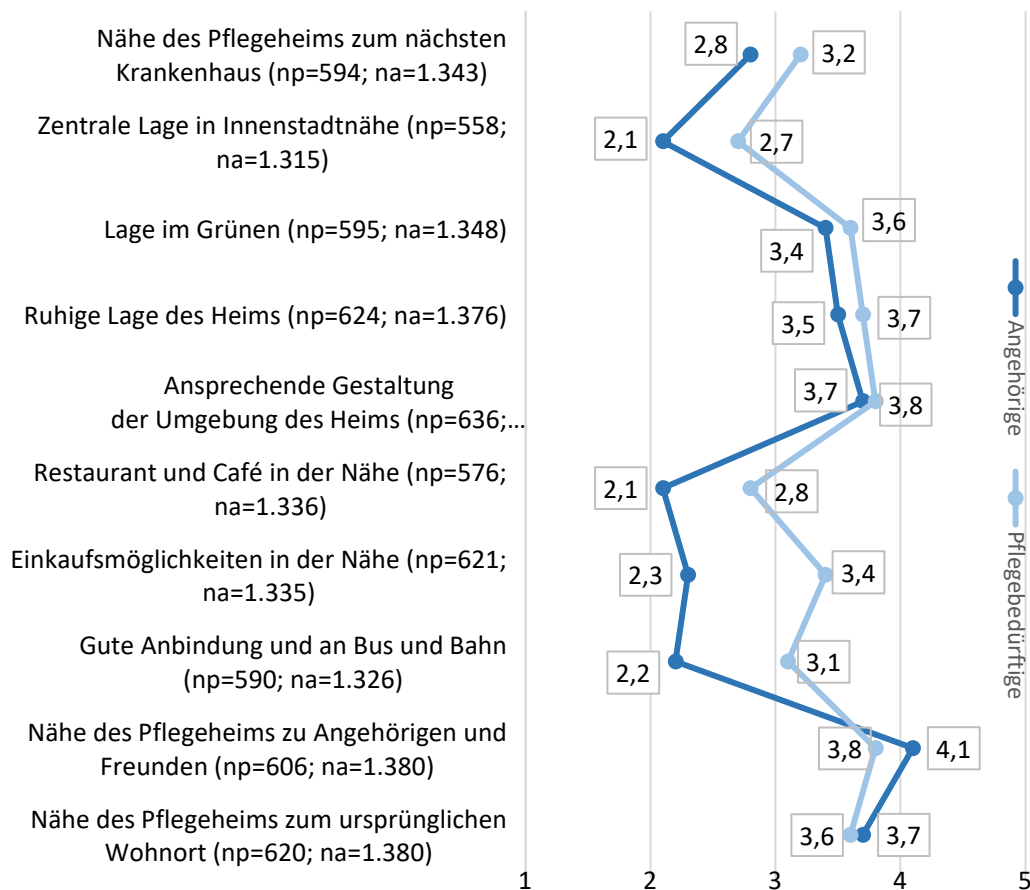
Quelle: Studie zur Weiterentwicklung der Qualitätsberichterstattung in der Langzeitpflege
 Anmerkung: 1=überhaupt nicht wichtig; 2=nicht sehr wichtig; 3=etwas wichtig; 4=sehr wichtig; 5=entscheidend

Zwischen Angehörigen und Pflegebedürftigen können für fast alle potenziellen Auswahlkriterien der Dimension Lage und Erreichbarkeit statistisch signifikante Bewertungsunterschiede ($p<0,05$) festgestellt werden. Dabei bewerten Pflegebedürftige im Mittel alle Kriterien innerhalb des Qualitätsbe-

⁶ Gleichrangig mit dem Aspekt „ansprechende Gestaltung der Umgebung des Heims“ ($m=3,8$; $sd=0,9$)

reichs Lage und Erreichbarkeit etwas höher im Vergleich zu deren Angehörige (vgl. Abbildung 13). Einzige Ausnahme bildet das Kriterium Nähe des Pflegeheims zum ursprünglichen Wohnort – hier finden sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Pflegebedürftigen und den Angehörigen. Für beide Befragungsgruppen ist die Nähe des Pflegeheims zu Angehörigen und Freunden der am wichtigsten bewertete Aspekt. Angehörigen ist dieses Kriterium mit einem Mittelwert von 4,1 (sd=0,8) im Vergleich zu den Pflegebedürftigen (m=3,8; sd=1,0) signifikant wichtiger. Die geringste Relevanz und somit ein „nicht wichtiger“ Aspekt ist für Angehörige, dass es Restaurants und Cafés in der Nähe gibt (m=2,1; sd=1,1) sowie eine zentrale Lage in Innenstadtnähe (m=2,1; sd=1,1). Wenn- gleich Pflegebedürftigen diesen beiden Kriterien ebenfalls die niedrigste Bedeutung bei der Auswahl einer Pflegeeinrichtung zuschreiben, so bewerten sie diese jedoch im Mittel deutlich höher. So erreicht die Bewertung des Aspekts zentrale Lage in Innenstadtnähe einen Mittelwert von 2,7 (sd=1,2) und die Nähe zu Restaurants und Cafés einen Wert von 2,8 (sd=1,2).

Abbildung 13: Qualitätsbereich: Lage und Erreichbarkeit nach Befragungsperson (Mittelwerte)



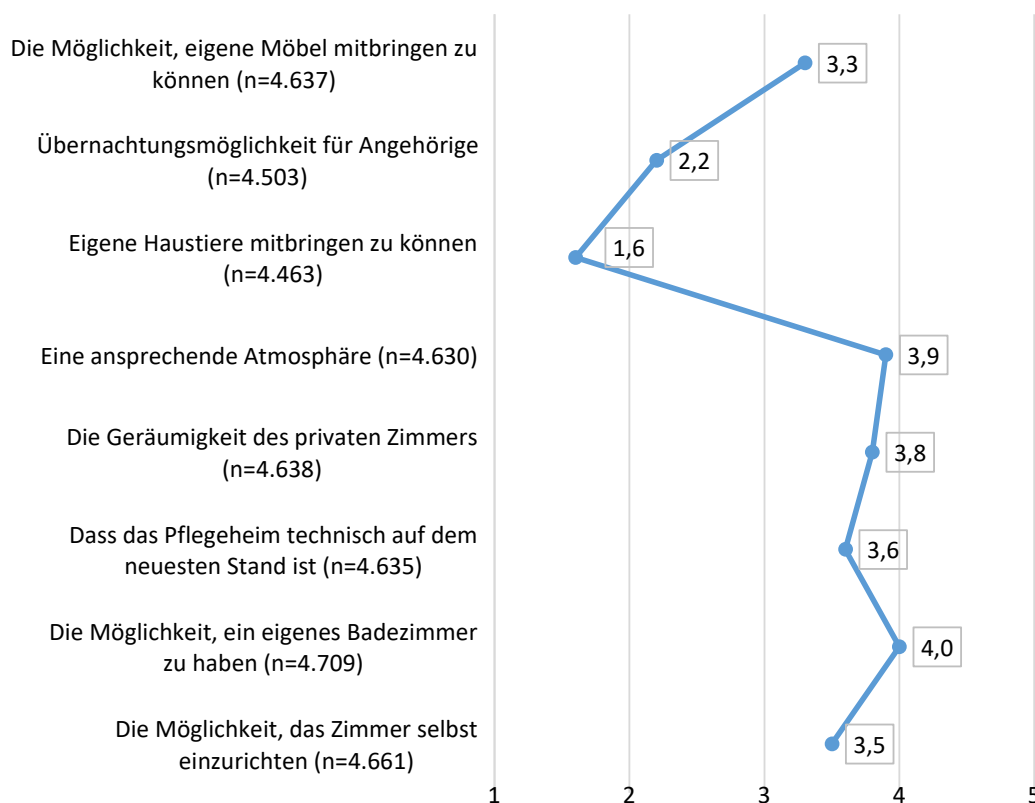
Quelle: Studie zur Weiterentwicklung der Qualitätsberichterstattung in der Langzeitpflege

Anmerkung: 1=überhaupt nicht wichtig; 2=nicht sehr wichtig; 3=etwas wichtig; 4=sehr wichtig; 5=entscheidend; Befragungsteilnehmer/-innen, welche den Fragebogen gemeinsam ausfüllten, werden nicht dargestellt

Wohnen und Ausstattung

Eine deutliche Heterogenität in der Bewertung der Auswahlkriterien zeigt sich innerhalb des Qualitätsbereichs Wohnen und Ausstattung (vgl. Abbildung 14). Den höchsten Mittelwert weist das Kriterium ein eigenes Badezimmer zu haben auf ($m=4,0$; $sd=0,9$), gefolgt von einer ansprechenden Atmosphäre des Zimmers (z. B. Helligkeit, Bilder, Pflanzen) ($m=3,9$; $sd=0,7$), der Geräumigkeit des privaten Zimmers ($m=3,8$; $sd=0,8$) sowie, dass das Pflegeheim auf dem technisch neuesten Stand ist ($m=3,6$; $sd=0,9$). Diese Mittelwerte entsprechen einer „sehr wichtigen“ Bewertung auf dem Wichtigkeitsstrang. Äußerst niedrig bewertet und somit als „nicht sehr wichtig“ eingeschätzt werden mit einem Mittelwert von 1,6 ($sd=1,1$) das Wissen um die Möglichkeit ein eigenes Haustier mitbringen zu können, sowie das Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige vorhanden sind ($m=2,2$; $sd=1,2$). Im mittleren Bereich angesiedelt sind Kriterien, wie die Möglichkeit, eigene Möbel mitbringen zu können ($m=3,3$; $sd=1,1$) sowie das Zimmer selbst einrichten zu können ($m=3,5$; $sd=1,0$).

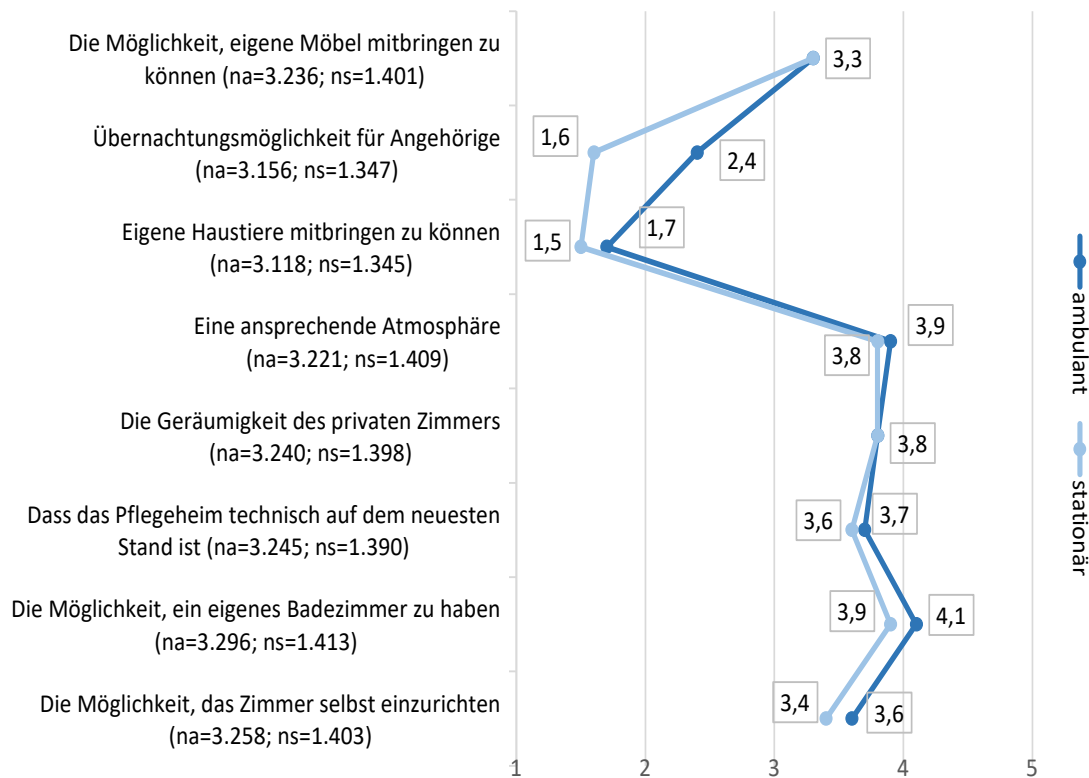
Abbildung 14: Qualitätsbereich: Wohnen und Ausstattung (Gesamt, Mittelwerte)



Quelle: Studie zur Weiterentwicklung der Qualitätsberichterstattung in der Langzeitpflege
 Anmerkung: 1=überhaupt nicht wichtig; 2=nicht sehr wichtig; 3=etwas wichtig; 4=sehr wichtig; 5=entscheidend

Für fast alle auf das Wohnen und die Ausstattung bezogene Kriterien können zwar signifikante Unterschiede ($p < 0,05$) in der Bewertung zwischen ambulant und stationär Versorgten nachgewiesen werden, jedoch differieren die Mittelwerte kaum zwischen den zwei Versorgungsgruppen und es zeigt sich ein identisches Präferenzmuster (vgl. Abbildung 15). Innerhalb des Qualitätsbereichs Wohnen und Ausstattung werden von beiden Versorgungsgruppen die Möglichkeit ein eigenes Badezimmer zu haben priorisiert. Im Vergleich zu stationär Versorgten ($m=3,9$; $sd=0,9$) fällt der Mittelwert unter ambulant Versorgten ($m=4,1$; $sd=0,8$) signifikant höher aus. Den niedrigsten Stellenwert im Auswahlprozess nehmen die Haustierhaltung sowie die Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige für die zwei Versorgungsgruppen ein. Eigene Haustiere mitbringen zu können, wird sowohl von ambulant ($m=1,7$; $sd=1,1$) als auch von stationär Versorgten ($m=1,5$; $sd=1,0$) als weniger relevant erachtet. Dies zeigt sich in gleicher Weise für das Kriterium Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige. Jedoch ist hier – und das ist der einzige beachtliche Unterschied in dieser Dimension – die Bewertungsdifferenz zwischen den zwei Gruppen deutlich ausgeprägt. Im Mittel stufen stationär Versorgte dieses mit einem Mittelwert von 1,6 ($sd=0,9$) ein, wohingegen ambulant Versorgte dieses Kriterium im Mittel mit fast einem Bewertungspunkt höher ($m=2,4$; $sd=1,2$) einstufen. Zwischen den zwei Versorgungsgruppen weist lediglich das Kriterium, welches die Möglichkeit betrifft, eigene Möbel mitbringen zu können keinen signifikanten Bewertungsunterschied zwischen den Versorgungsgruppen auf und ist auf der Bewertungsskala im mittleren Bereich (“etwas wichtig“) verortet.

Abbildung 15: Qualitätsbereich: Wohnen und Ausstattung nach Art der Versorgung (Mittelwerte)

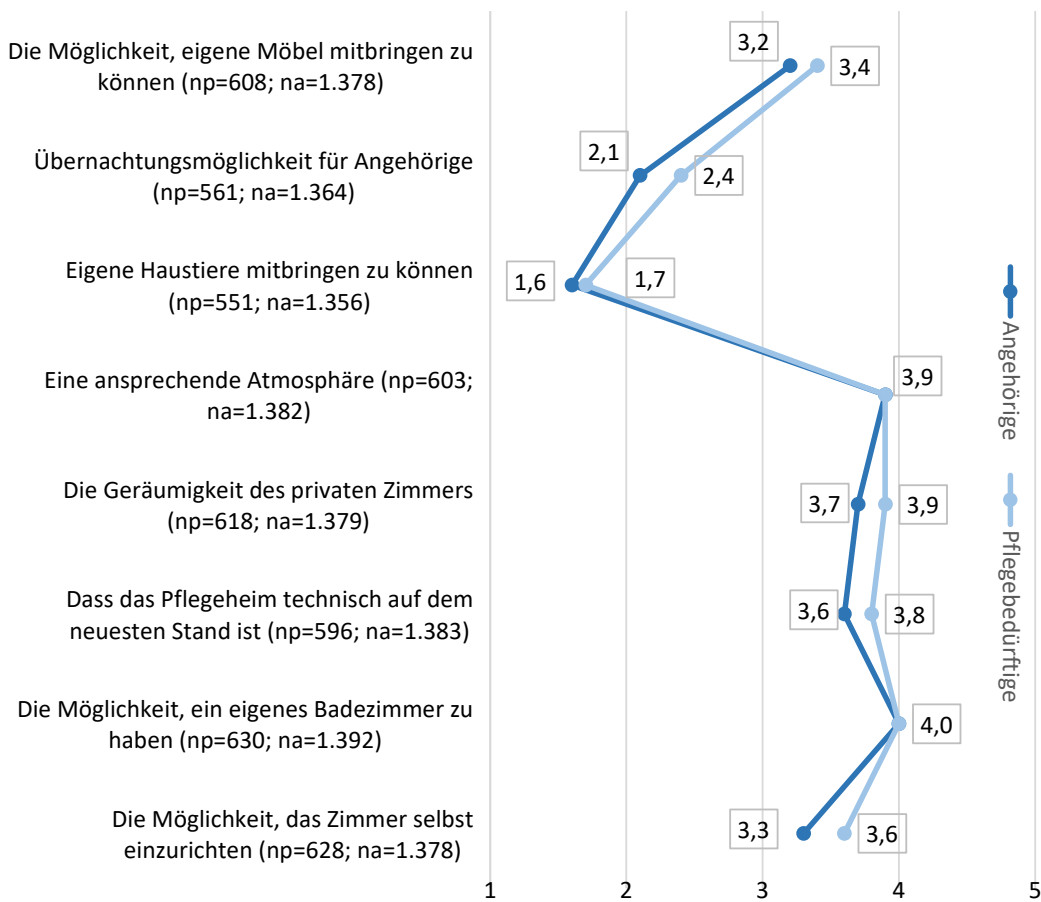


Quelle: Studie zur Weiterentwicklung der Qualitätsberichterstattung in der Langzeitpflege

Anmerkung: 1=überhaupt nicht wichtig; 2=nicht sehr wichtig; 3=etwas wichtig; 4=sehr wichtig; 5=entscheidend; wird nur ein Mittelwert für das jeweilige Kriterium angegeben, so entspricht dies einer gleichwertigen Bewertung in den Untergruppen

Zwischen Angehörigen und Pflegebedürftigen können weniger signifikante Unterschiede in der Bewertung statistisch nachgewiesen werden, als zwischen den zwei Versorgungsgruppen. Dies trifft neben dem Kriterium „die Möglichkeit ein eigenes Badezimmer zu haben“, ebenso auf eine „ansprechende Atmosphäre“ (z. B. Helligkeit, Bilder, Pflanzen) sowie die „Möglichkeit eigene Haustiere mitbringen zu können“ zu. Beide erstgenannten Kriterien werden von den zwei Befragungsgruppen gleichermaßen hoch resp. als „sehr wichtig“ erachtet und rangieren in der Präferenzsetzung auf Platz eins und zwei. Hingegen nimmt die Haustierhaltung für beide Gruppen eine untergeordnete Rolle bei der Auswahl einer Pflegeeinrichtung ein und wurde entsprechend als der unwichtigste Aspekt deklariert. Für alle weiteren Kriterien innerhalb dieses Qualitätsbereichs zeigen sich signifikante Unterschiede in der Bewertung zwischen Angehörigen und Pflegebedürftige, wobei hier die Mittelwerte wenig differieren (vgl. Abbildung 16).

Abbildung 16: Qualitätsbereich: Wohnen und Ausstattung nach Befragungsperson (Mittelwerte)



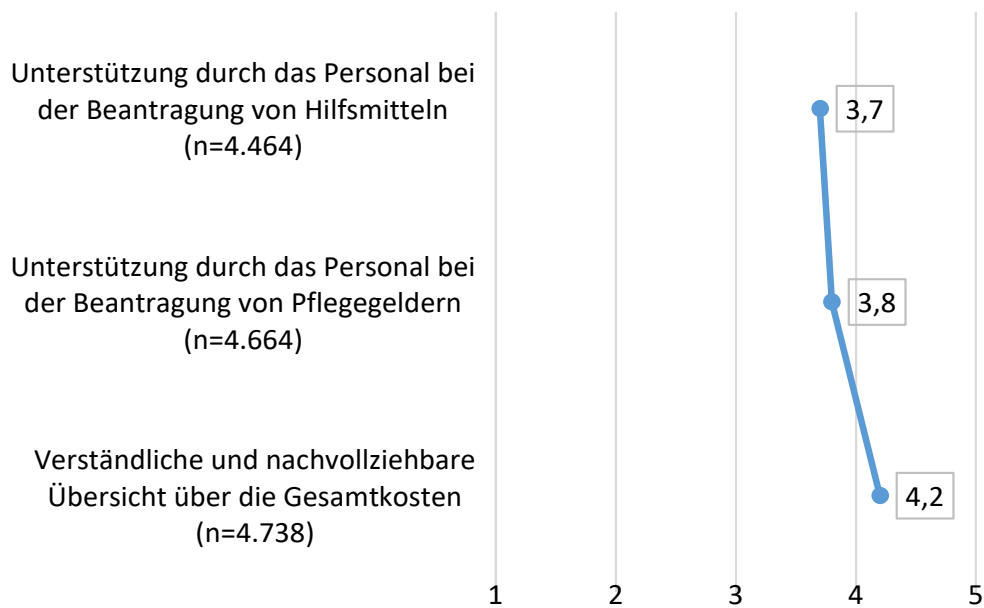
Quelle: Studie zur Weiterentwicklung der Qualitätsberichterstattung in der Langzeitpflege

Anmerkung: 1=überhaupt nicht wichtig; 2=nicht sehr wichtig; 3=etwas wichtig; 4=sehr wichtig; 5=entscheidend; wird nur ein Mittelwert für das jeweilige Kriterium angegeben, so entspricht dies einer gleichwertigen Bewertung in den Untergruppen; Befragungsteilnehmer/-innen, welche den Fragebogen gemeinsam ausfüllten, werden nicht dargestellt

Kosten

Obgleich finanzielle Aspekte nicht zu den Qualitätskriterien im engeren Sinne zählen, so sind es doch häufig diese, die die Auswahl einer Pflegeeinrichtung mitbestimmen (vgl. Abbildung 17). Insbesondere eine nachvollziehbare Übersicht über die Gesamtkosten einer Pflegeeinrichtung ($m=4,2$; $sd=0,8$) sind für die Betroffenen „sehr wichtig“. Etwas niedriger, jedoch weiterhin auf hohem Niveau werden die Kriterien Unterstützung durch das Personal bei der Beantragung von Hilfsmitteln ($m=3,7$; $sd=0,9$) sowie die Unterstützung durch das Personal bei der Beantragung von Pflegegeldern ($m=3,8$; $sd=0,9$) von den Befragten beurteilt.

Abbildung 17: Qualitätsbereich: Kosten (Gesamt, Mittelwerte)

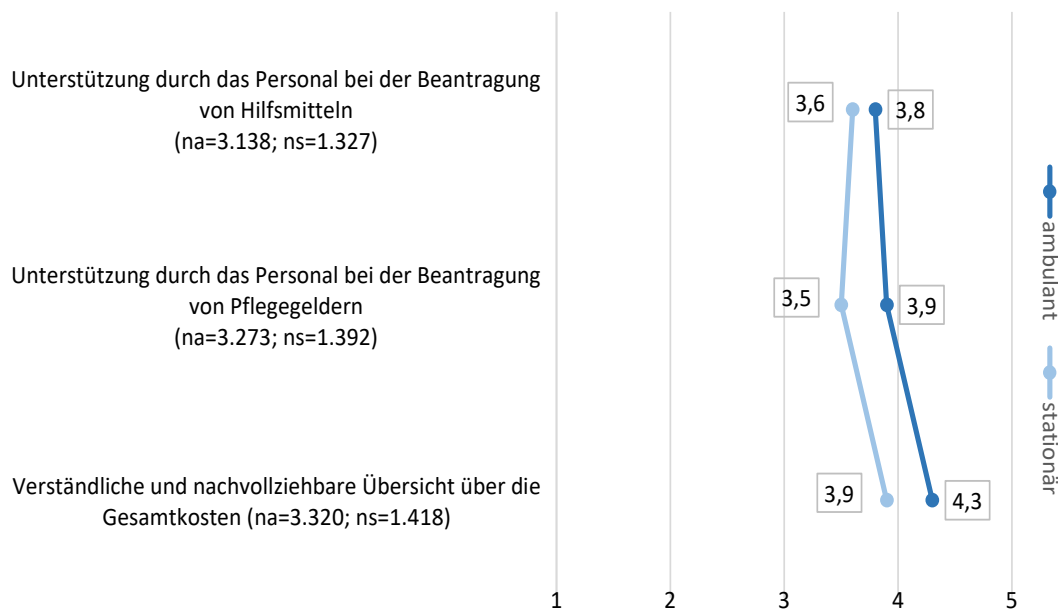


Quelle: Studie zur Weiterentwicklung der Qualitätsberichterstattung in der Langzeitpflege

Anmerkung: 1=überhaupt nicht wichtig; 2=nicht sehr wichtig; 3=etwas wichtig; 4=sehr wichtig; 5=entscheidend

Der Mittelvergleich zeigt für alle drei Kriterien innerhalb des Qualitätsbereichs Kosten signifikante Unterschiede ($p < 0,05$) zwischen der ambulanten und stationären Versorgungsgruppe, wobei allen Aspekten seitens der ambulant Versorgten eine höhere Bedeutsamkeit beigemessen wird (vgl. Abbildung 18). Von beiden Gruppen wird auch hier eine transparente Kostenaufschlüsselung als zentral erachtet.

Abbildung 18: Qualitätsbereich: Kosten nach Art der Versorgung (Mittelwerte)

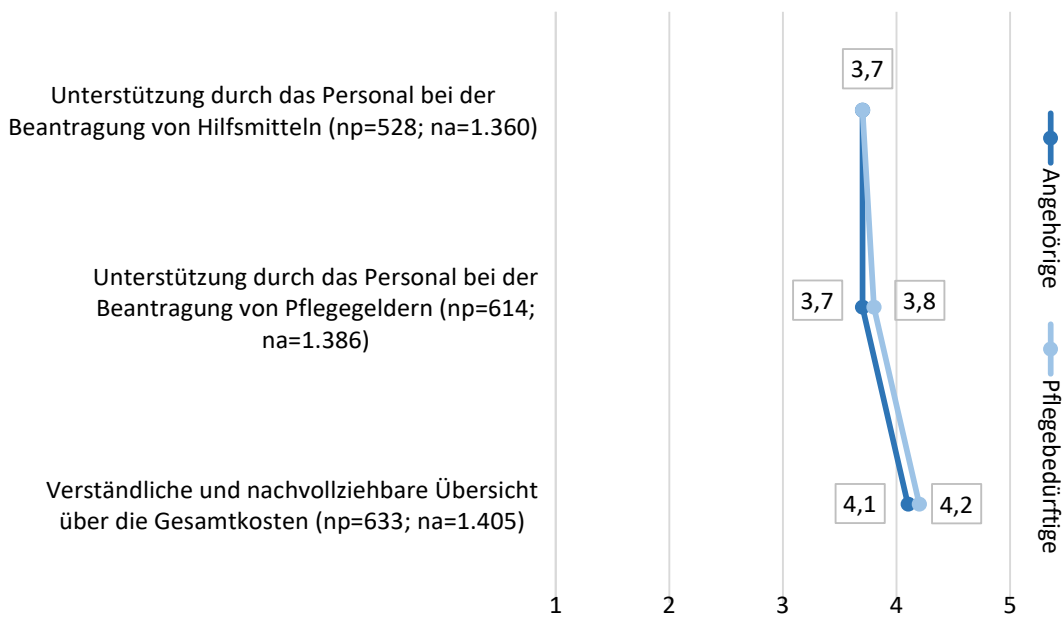


Quelle: Studie zur Weiterentwicklung der Qualitätsberichterstattung in der Langzeitpflege

Anmerkung: 1=überhaupt nicht wichtig; 2=nicht sehr wichtig; 3=etwas wichtig; 4=sehr wichtig; 5=entscheidend

In der Bewertung der Kriterien hinsichtlich der Kosten lassen sich zwischen Angehörigen und Pflegebedürftigen kaum signifikante Unterschiede feststellen. Lediglich für das Kriterium „Unterstützung durch das Personal bei der Beantragung von Pflegegeldern“ können statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Befragungspersonen nachgewiesen werden ($p < 0,05$). Pflegebedürftige Personen bewerten dieses Kriterium im Mittel etwas höher ($M=3,8$; $SD=0,9$) als deren Angehörige ($M=3,7$; $SD=1,0$). Für beide Befragungsgruppen gleichermaßen wichtig ist die Unterstützung bei der Antragstellung für benötigte Pflegehilfsmittel ($MA/P=3,7$; $SDA/P=1,0$). Dieser Unterschied konnte als nicht signifikant nachgewiesen werden. Die gilt ebenso für die Bewertung des Kriteriums für eine verständliche und nachvollziehbare Übersicht über die Gesamtkosten – diese werden von den Pflegebedürftigen ($M=4,2$; $SD=0,8$) auf einem bereits hohen Niveau etwas wichtiger eingeschätzt, als von deren Angehörigen ($M=4,1$; $SD=0,8$). (vgl. Abbildung 19)

Abbildung 19: Qualitätsbereich: Kosten nach Befragungsperson (Mittelwerte)



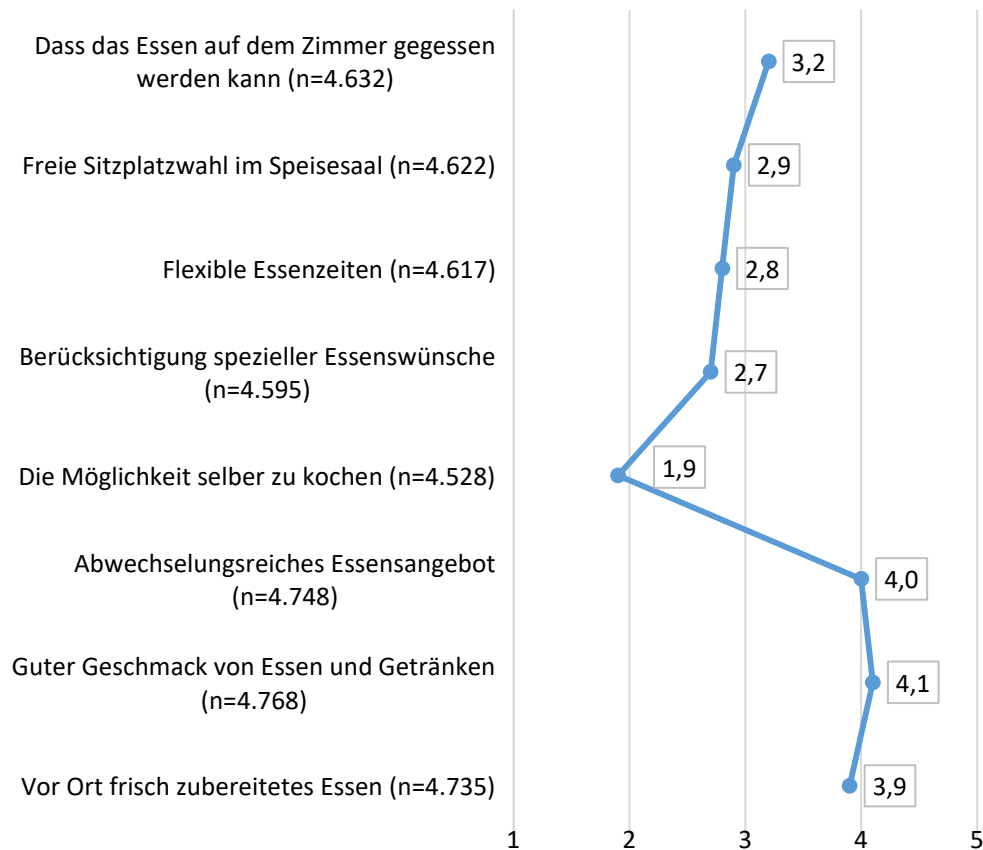
Quelle: Studie zur Weiterentwicklung der Qualitätsberichterstattung in der Langzeitpflege
 Anmerkung: 1=überhaupt nicht wichtig; 2=nicht sehr wichtig; 3=etwas wichtig; 4=sehr wichtig; 5=entscheidend; wird nur ein Mittelwert für das jeweilige Kriterium angegeben, so entspricht dies einer gleichwertigen Bewertung in den Untergruppen

4.3.2 Versorgungsbezogene und personalbezogene Qualitätsdimension

Essen und Trinken

Innerhalb des Qualitätsbereichs Essen und Trinken wird von den Befragungspersonen insbesondere der Geschmack von Speisen und Getränken ($m=4,1$; $sd=0,6$), ein abwechslungsreiches Essensangebot ($m=4,0$; $sd=0,6$) sowie vor Ort frisch zubereitetes Essen ($m=3,9$; $sd=0,7$) als „sehr wichtiges“ Kriterium bei der Auswahl einer Pflegeeinrichtung bewertet. Hingegen wird die Möglichkeit selber zu kochen durchschnittlich als „nicht sehr wichtig“ bewertet ($m=1,9$; $sd=1,0$). Eine freie Sitzplatzwahl im Speiseraum ($m=2,9$; $sd=1,1$), flexible Essenzeiten ($m=2,8$; $sd=1,1$), die Berücksichtigung spezieller Essenswünsche ($m=2,7$; $sd=1,3$), wie beispielsweise vegane oder vegetarische Kost sowie die Möglichkeit, das Essen auf dem Zimmer einnehmen zu können ($m=3,2$; $sd=1,1$), sind auf dem Wichtigkeitsstrang im mittleren Bereich verortet (vgl. Abbildung 20).

Abbildung 20: Qualitätsbereich: Essen und Trinken (Gesamt, Mittelwerte)

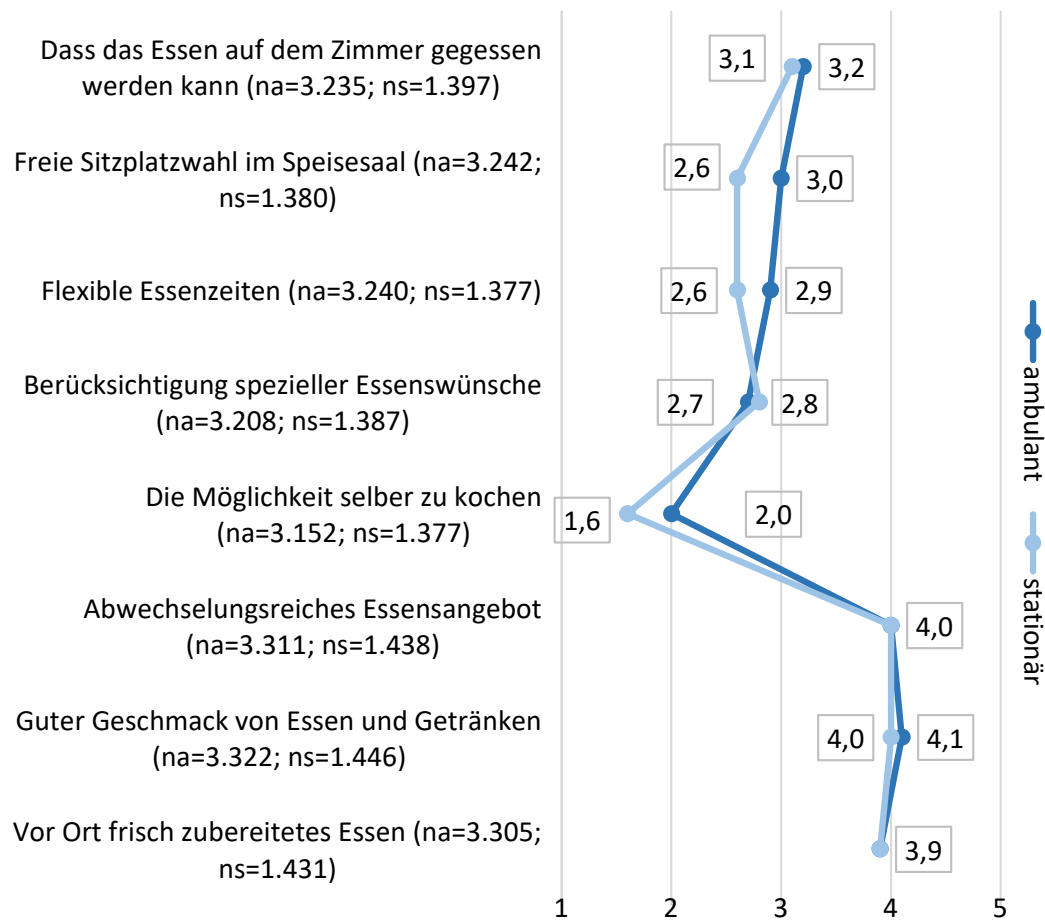


Quelle: Studie zur Weiterentwicklung der Qualitätsberichterstattung in der Langzeitpflege

Anmerkung: 1=überhaupt nicht wichtig; 2=nicht sehr wichtig; 3=etwas wichtig; 4=sehr wichtig; 5=entscheidend

Eine höhere Relevanz haben für ambulant Versorgte im Vergleich zu den stationär Versorgten, die Möglichkeit einer freien Sitzplatzwahl im Speisesaal ($m_a=3,0$; $sd_a=1,1$; $m_s=2,6$; $sd_s=1,2$), flexible Essenzeiten ($m_a=2,9$; $sd_a=1,1$; $m_s=2,6$; $sd_s=1,1$) und die Möglichkeit, Speisen selbst zuzubereiten ($m_a=2,0$; $sd_a=1,1$; $m_s=1,6$; $sd_s=0,9$). Die genannten Unterschiede sind statistisch signifikant ($p<0,05$). Die Berücksichtigung spezieller Essenswünsche ist für die stationäre Versorgungsgruppe ($m=2,8$; $sd=1,3$) etwas wichtiger im Vergleich zur ambulanten Gruppe ($m=2,7$; $sd=1,3$) – liegt jedoch insgesamt im mittleren Bereich der Bewertungsskala. Den größten Einfluss auf den Auswahlprozess übt innerhalb des Qualitätsbereichs Essen und Trinken der gute Geschmack von Essen und Getränken aus. Dieser wird sowohl von der ambulanten ($m=4,1$; $sd=0,6$) als auch von der stationären Versorgungsgruppe ($m=4,0$; $sd=0,6$) als „sehr wichtig“ bewertet. In der Rangfolge an zweiter und dritter Stelle rangieren in beiden Versorgungsgruppen ein abwechslungsreiches Essensangebot ($m_{a/s}=4,0$; $sd_{a/s}=0,6$), gefolgt von vor Ort frisch zubereitetes Essen ($m_{a/s}=3,9$; $sd_{a/s}=0,7$). Aufgrund der sehr ähnlichen Bewertung durch die beiden Gruppen können hier keine statistisch signifikanten Unterschiede festgestellt werden. (vgl. Abbildung 21)

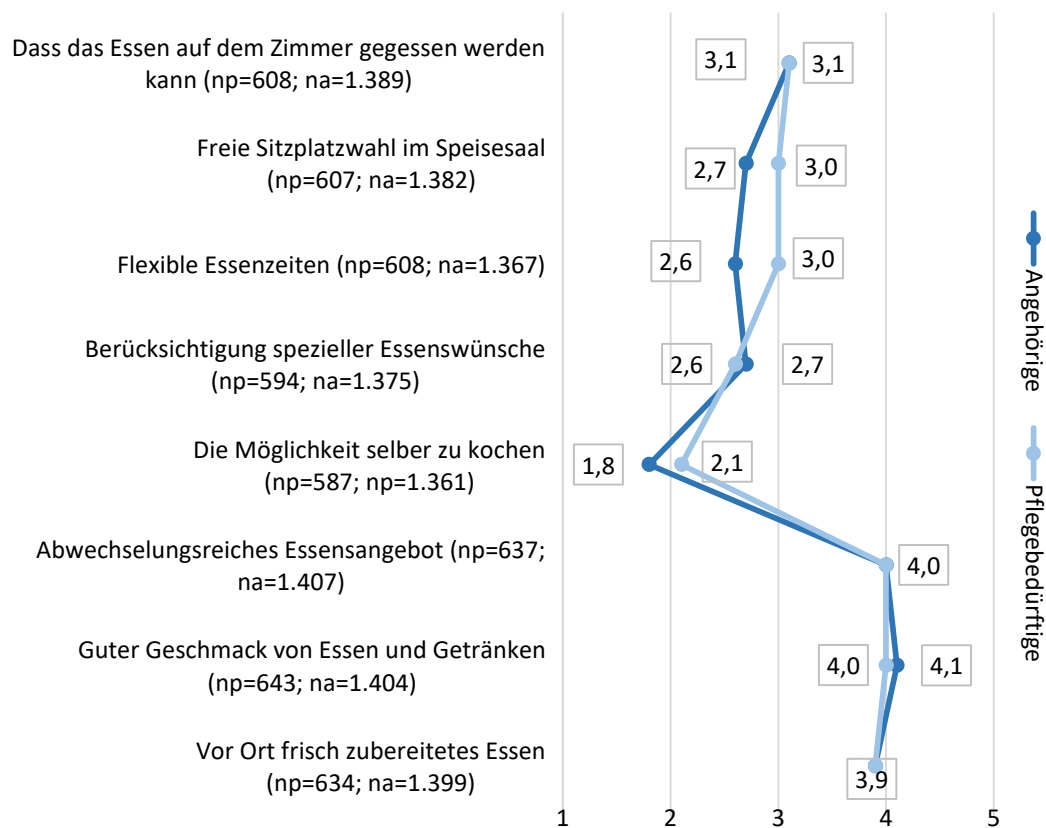
Abbildung 21: Qualitätsbereich: Essen und Trinken nach Art der Versorgung (Mittelwerte)



Quelle: Studie zur Weiterentwicklung der Qualitätsberichterstattung in der Langzeitpflege
 Anmerkung: 1=überhaupt nicht wichtig; 2=nicht sehr wichtig; 3=etwas wichtig; 4=sehr wichtig; 5=entscheidend; wird nur ein Mittelwert für das jeweilige Kriterium angegeben, so entspricht dies einer gleichwertigen Bewertung in den Untergruppen

Zwischen Angehörigen und Pflegebedürftigen zeichnet sich ein ähnliches Bewertungsmuster wie zwischen ambulant und stationär Versorgten ab (vgl. Abbildung 22). Innerhalb der beiden Befragungsgruppen wird ein guter Geschmack von Speisen und Getränken priorisiert ($m_A=4,1$; $sd_A=0,5$; $m_P=4,0$; $sd_P=0,7$). An zweiter und dritter Stelle und von beiden Befragungsgruppen gleichermaßen „sehr wichtig“ eingeschätzt, wird ein abwechslungsreiches Essensangebot ($m_{A/P}=4,0$; $sd_A=0,6$; $sd_P=0,7$) sowie vor Ort frisch zubereitetes Essen ($m_{A/P}=3,9$; $sd_A=0,7$; $sd_P=0,8$). Die niedrigste Bewertung zeigt sich auch in den Befragungsgruppen hinsichtlich der Möglichkeit, Speisen selbst zuzubereiten. Angehörigen ist dies signifikant weniger wichtig ($m=1,8$; $sd=1,0$), als den pflegebedürftigen Personen ($m=2,1$; $sd=1,1$). Weitere signifikante Unterschiede, welche allerdings im mittleren Bewertungsbereich angesiedelt sind, können für flexible Essenzeiten sowie für eine freie Sitzplatzwahl im Speisesaal festgestellt werden. Pflegebedürftige bewerten diese zwei Kriterien im Mittel etwas höher als deren Angehörige.

Abbildung 22: Qualitätsbereich: Essen und Trinken nach Befragungsperson (Mittelwerte)



Quelle: Studie zur Weiterentwicklung der Qualitätsberichterstattung in der Langzeitpflege

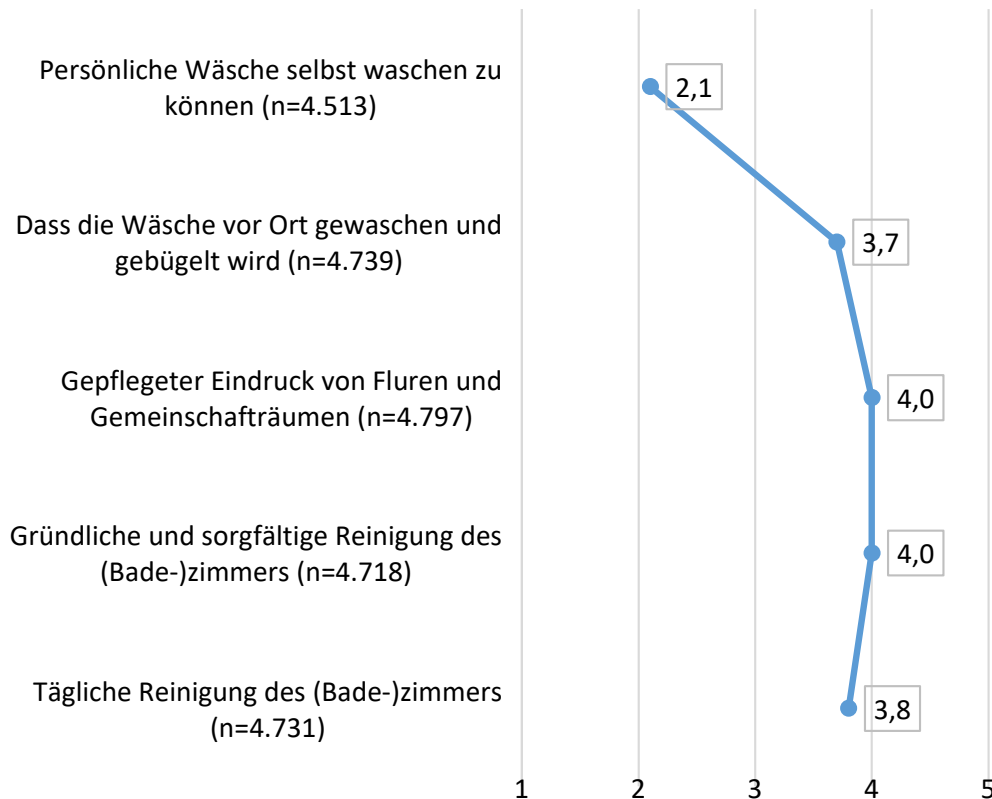
Anmerkung: 1=überhaupt nicht wichtig; 2=nicht sehr wichtig; 3=etwas wichtig; 4=sehr wichtig; 5=entscheidend; wird nur ein Mittelwert für das jeweilige Kriterium angegeben, so entspricht dies einer gleichwertigen Bewertung in den Untergruppen; Befragungsteilnehmer/-innen, welche den Fragebogen gemeinsam ausfüllten, werden nicht dargestellt

Reinigung und Wäsche

Mit dem Einzug in eine Pflegeeinrichtung werden viele persönliche Bereiche und Dinge aufgegeben, sodass neben dem Zimmer, die eigene Wäsche eines der wenigen privaten Besitztümer ist. Zudem betreffen die Pflege der Wäsche sowie die Reinigung der privaten Räume in hohem Maße die Privat- und Intimsphäre der Bewohner/-innen. Hauswirtschaftliche Qualitätskriterien, welche die Sauberkeit der Räumlichkeiten als auch die Qualität der Wäscheversorgung betreffen, werden von den Befragungsteilnehmer/-innen insgesamt als wichtig bewertet (vgl. Abbildung 23). So sind die gründliche und sorgfältige Reinigung des (Bade-)zimmers ($m=4,0$; $sd=0,6$) sowie der gepflegte Eindruck von Fluren und Gemeinschaftsräumen ($m=4,0$; $sd=0,6$) „sehr wichtige“ Kriterien bei der Auswahl einer geeigneten Pflegeeinrichtung. Des Weiteren werden die Kriterien tägliche Reinigung des (Bade-)zimmers ($m=3,8$; $sd=0,8$) und dass die Wäsche vor Ort gewaschen und gebügelt wird ($m=3,7$; $sd=0,9$) im Mittel recht hoch bewertet. Lediglich das Kriterium persönliche Wäsche selbst waschen

zu können weist einen deutlich niedrigeren Mittelwert auf und wird als „nicht sehr wichtig“ eingeschätzt ($m=2,1$; $sd=1,2$).

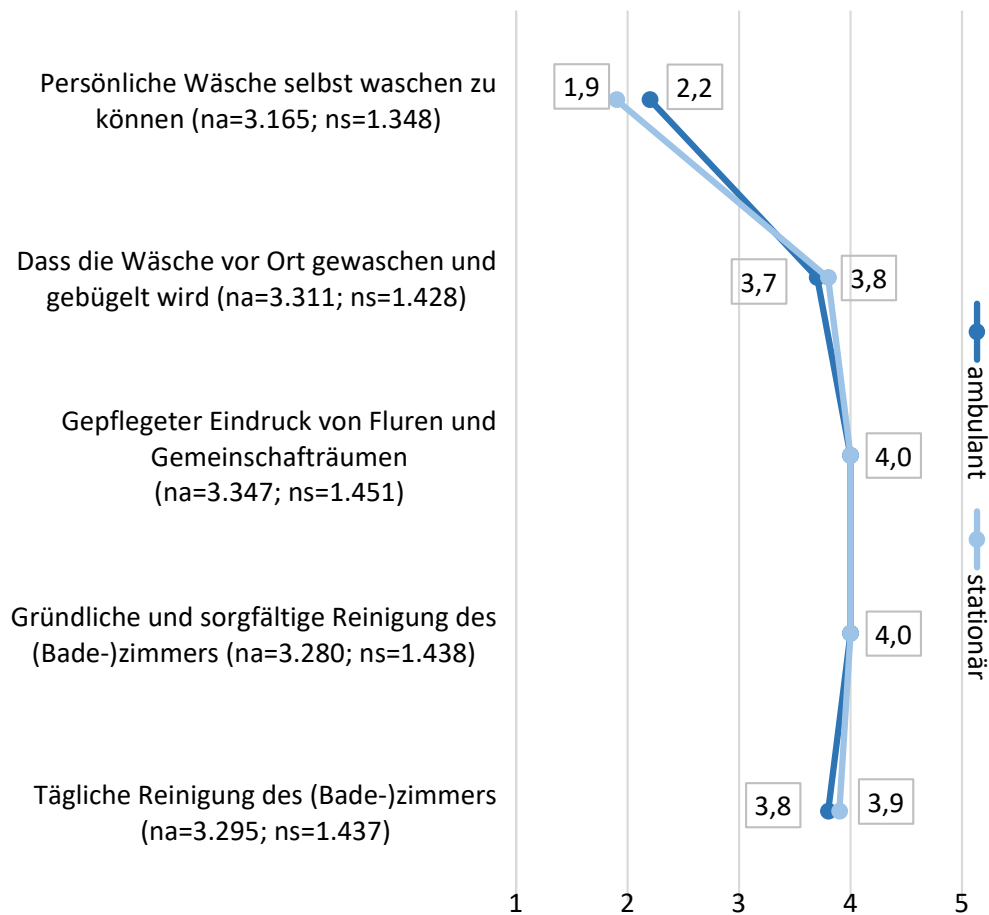
Abbildung 23: Qualitätsbereich: Reinigung und Wäsche (Gesamt, Mittelwerte)



Quelle: Studie zur Weiterentwicklung der Qualitätsberichterstattung in der Langzeitpflege
Anmerkung: 1=überhaupt nicht wichtig; 2=nicht sehr wichtig; 3=etwas wichtig; 4=sehr wichtig; 5=entscheidend

Die Bewertungen von stationär und ambulant Versorgten hinsichtlich des Qualitätsbereichs Reinigung und Wäsche fallen sehr ähnlich aus (vgl. Abbildung 24). Statistisch signifikante ($p<0,05$), wenngleich kleine Unterschiede, betreffen lediglich die tägliche Reinigung des (Bade-)zimmers sowie dass innerhalb einer Pflegeeinrichtung die Reinigung und Pflege der Wäsche übernommen wird sowie die Möglichkeit, die persönliche Wäsche selbständig zu waschen. Letzteres Kriterium wird von beiden Versorgungsgruppen insgesamt am niedrigsten resp. als „nicht sehr wichtig“ beurteilt. Eine gründliche und sorgfältige Reinigung des (Bade-)zimmers sowie ein gepflegter Eindruck der Gemeinschaftsräume und Flure wird dagegen von beiden Versorgungsgruppen im Mittel am höchsten bewertet, das heißt als „sehr wichtiges“ Kriterium bei der Auswahl einer Pflegeeinrichtung eingeschätzt. Beide Kriterien – sorgfältige Reinigung ($m_{a/s}=4,0$; $sd_{a/s}=0,6$) sowie ein gepflegter Eindruck ($m_{a/s}=4,0$; $sd_{a/s}=0,6$) – weisen in den zwei Versorgungsgruppen identische Mittelwerte auf.

Abbildung 24: Qualitätsbereich: Reinigung und Wäsche nach Art der Versorgung (Mittelwerte)

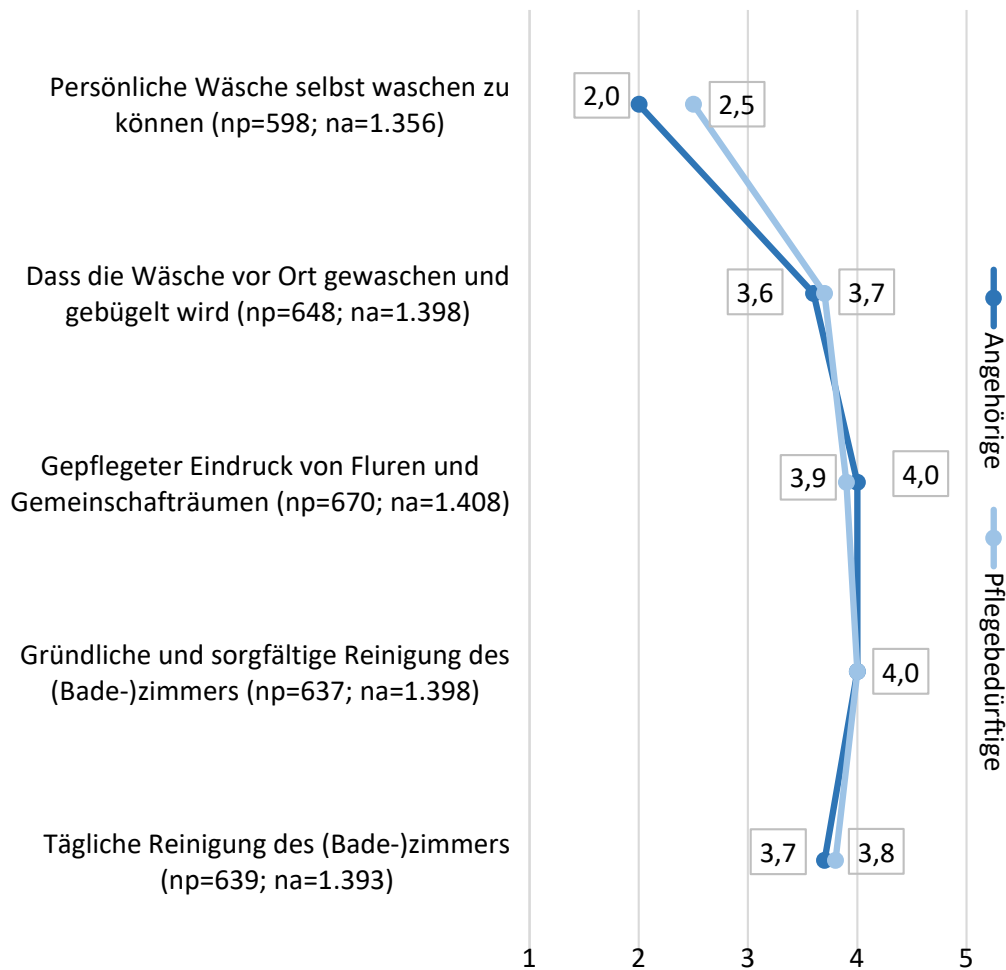


Quelle: Studie zur Weiterentwicklung der Qualitätsberichterstattung in der Langzeitpflege
 Anmerkung: 1=überhaupt nicht wichtig; 2=nicht sehr wichtig; 3=etwas wichtig; 4=sehr wichtig; 5=entscheidend; wird nur ein Mittelwert für das jeweilige Kriterium angegeben, so entspricht dies einer gleichwertigen Bewertung in den Untergruppen

Der Mittelwertvergleich zwischen den zwei Befragungsgruppen (Angehörige vs. Pflegebedürftige) zeigt signifikante Unterschiede ($p < 0,05$) bezüglich der Kriterien, dass die Wäsche vor Ort gewaschen und gebügelt wird sowie dass die persönliche Wäsche selbst gewaschen werden kann. Sowohl ein Wäscheservice innerhalb einer Pflegeeinrichtung, als auch eine selbstständige Wäschepflege wird von den pflegebedürftigen Befragten gegenüber deren Angehörigen höher beurteilt. Insgesamt ist die Möglichkeit, die persönliche Wäsche selbst waschen zu können für beide Befragungsgruppen aber der am wenigsten wichtige Aspekt innerhalb des Qualitätsbereichs Reinigung und Wäsche (vgl. Abbildung 25). Höhere Relevanz und als „sehr wichtig“ eingeschätzt wird wiederum an erster Stelle die gründliche und sorgfältige Reinigung des (Bade-)zimmers, gefolgt von einem gepflegten Eindruck von Fluren und Gemeinschaftsräumen sowie der täglichen Reinigung des (Bade-)zimmers. Alle drei Kriterien erreichen annähernd vier Bewertungspunkte auf dem Wichtigkeitsstrang. Aufgrund der

hohen Relevanz für beide Befragungsgruppen können keine statistisch signifikanten Bewertungsunterschiede zwischen Angehörigen und Pflegebedürftigen nachgewiesen werden.

Abbildung 25: Qualitätsbereich: Reinigung und Wäsche nach Befragungsperson (Mittelwerte)



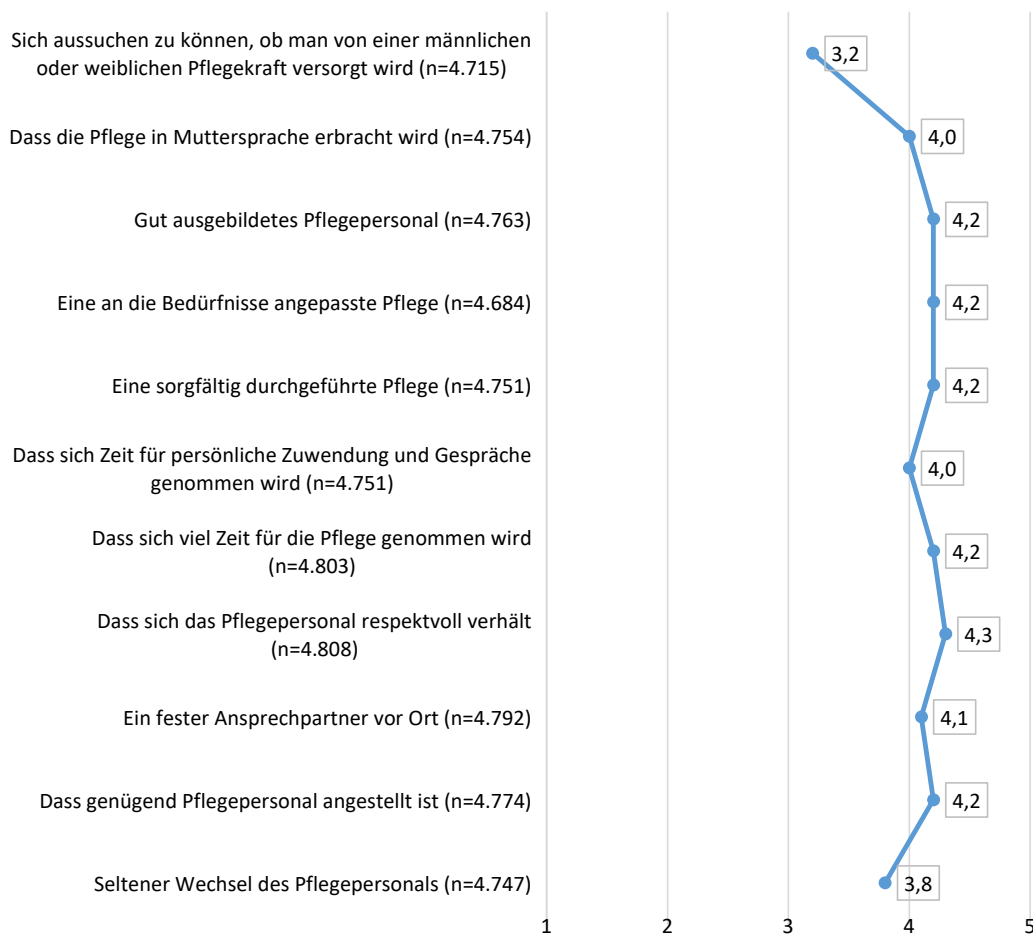
Quelle: Studie zur Weiterentwicklung der Qualitätsberichterstattung in der Langzeitpflege
 Anmerkung: 1=überhaupt nicht wichtig; 2=nicht sehr wichtig; 3=etwas wichtig; 4=sehr wichtig; 5=entscheidend; wird nur ein Mittelwert für das jeweilige Kriterium angegeben, so entspricht dies einer gleichwertigen Bewertung in den Untergruppen; Befragungsteilnehmer/-innen, welche den Fragebogen gemeinsam ausfüllten, werden nicht dargestellt

Pflege

Innerhalb des Qualitätsbereichs Pflege wurden Items sowohl hinsichtlich der versorgungsbezogenen Qualitätsdimension pflegerische Versorgung als auch hinsichtlich der personalbezogenen Qualitätsdimension Qualität des Personals abgefragt, da diese thematisch eng miteinander verknüpft sind. Insgesamt weist der Qualitätsbereich „Pflege“ über alle Kriterien hinweg hohe Mittelwerte auf. So erreichen fast alle Aspekte in der Bewertung einen Mittelwert, welcher über vier Bewertungspunkten (4=„sehr wichtig“) liegt (vgl. Abbildung 26). Lediglich einer pflegerischen Versorgung durch eine

Fachkraft eines bestimmten Geschlechts wird weniger Relevanz beigemessen. Dieses Kriterium weist innerhalb des Qualitätsbereichs „Pflege“ den niedrigsten Mittelwert ($m=3,2$; $sd=1,2$) auf. Die höchste Bewertung erzielt das Kriterium respektvolles Verhalten des Pflegepersonals gegenüber dem Pflegebedürftigen ($m=4,3$; $sd=0,6$), welches der personalbezogenen Qualitätsdimension zuzuordnen ist. Ebenfalls hoch bewertet werden die personalbezogenen Kriterien „gut ausgebildetes Pflegepersonal“ ($m=4,2$; $sd=0,7$), ein fester Ansprechpartner vor Ort ($m=4,1$; $sd=0,6$) und dass genügend Pflegepersonal eingestellt ist ($m=4,2$; $sd=0,6$). Weiterhin auf einem hohen Niveau, wenngleich etwas niedriger, werden eine muttersprachliche Pflege ($m=4,0$; $sd=0,9$) sowie ein seltener Personalwechsel innerhalb der Pflegeeinrichtung ($m=3,8$; $sd=0,8$) eingestuft. Kriterien, welche im engeren Sinne die pflegerische Versorgung betreffen, werden ebenfalls hoch bewertet: So weisen die Kriterien, dass sich viel Zeit für die Pflege genommen wird ($m=4,2$; $sd=0,6$), eine sorgfältig durchgeführte Pflege ($m=4,2$; $sd=0,6$) sowie eine an die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen angepasste Pflege ($m=4,2$; $sd=0,6$) identische Mittelwerte auf. Einzig das Kriterium, dass sich viel Zeit für persönliche Zuwendung und Gespräche genommen wird ($m=4,0$; $sd=0,7$) weicht hiervon im Mittel etwas ab, wird aber gleichfalls sehr hoch bewertet.

Abbildung 26: Qualitätsbereich: Pflege (Gesamt, Mittelwerte)

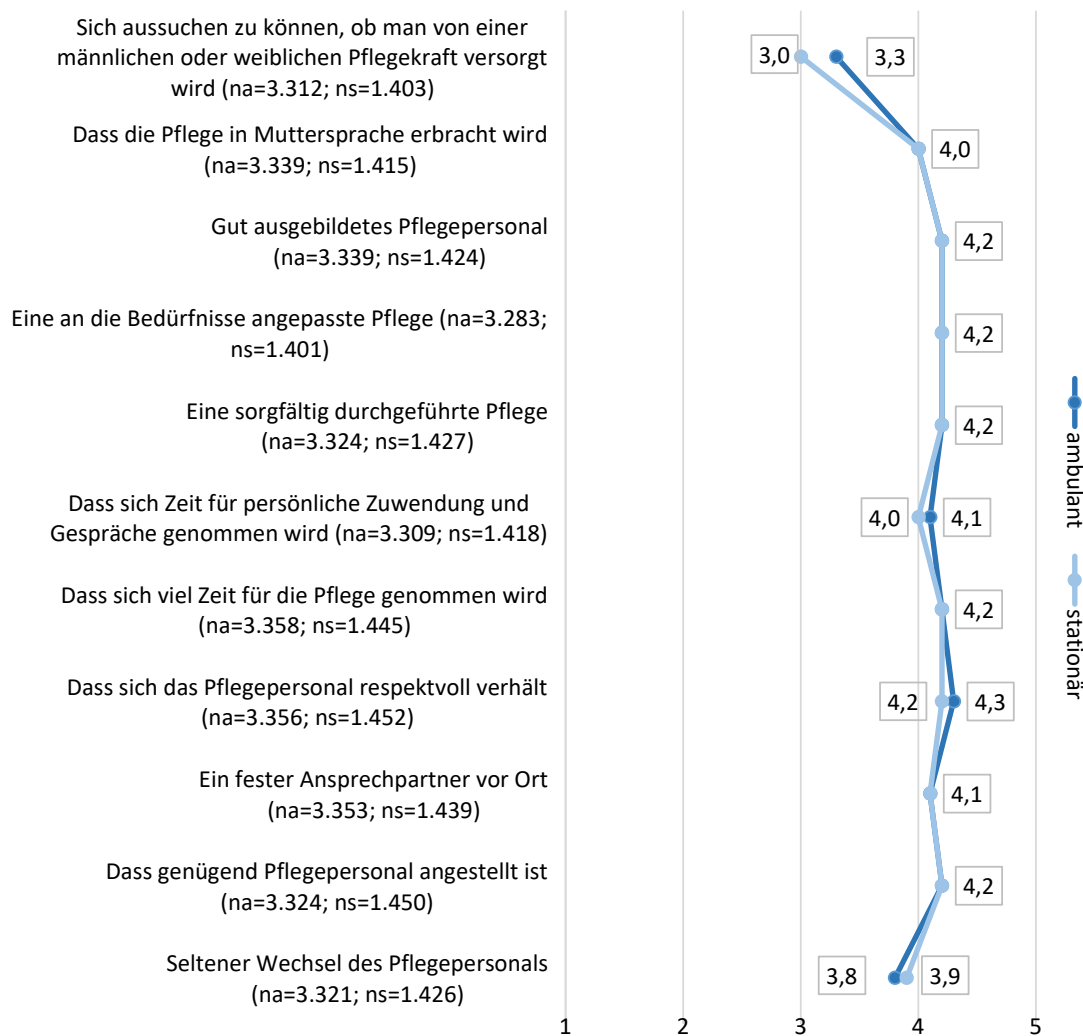


Quelle: Studie zur Weiterentwicklung der Qualitätsberichterstattung in der Langzeitpflege

Anmerkung: 1=überhaupt nicht wichtig; 2=nicht sehr wichtig; 3=etwas wichtig; 4=sehr wichtig; 5=entscheidend

Die Bewertungsunterschiede nach Art der Versorgung fallen sehr geringfügig aus und weisen entsprechend kaum statistische Signifikanz ($p < 0,05$) auf. Im Mittel werden fast alle Kriterien, welche den Qualitätsbereich Pflege betreffen, von beiden Versorgungsgruppen mit etwa vier Skalenpunkten (4=„sehr wichtig“) bewertet (vgl. Abbildung 27). Dies lässt darauf schließen, dass sowohl für ambulant als auch stationär Versorgte dieser Qualitätsbereich eine hohe Relevanz im Auswahlprozess einnimmt. Eine klare Präferenzsetzung innerhalb des Qualitätsbereichs Pflege lässt sich in beiden Gruppen kaum ausmachen, da die Bewertungen insgesamt sehr hoch ausfallen. Jedoch kann festgehalten werden, dass sowohl für ambulante ($m=3,3$; $sd=1,2$) als auch stationär Versorgte ($m=3,0$; $sd=1,2$) eine pflegerische Versorgung durch eine Fachkraft eines bestimmten Geschlechts den niedrigsten Stellenwert einnimmt.

Abbildung 27: Qualitätsbereich: Pflege nach Art der Versorgung (Mittelwerte)



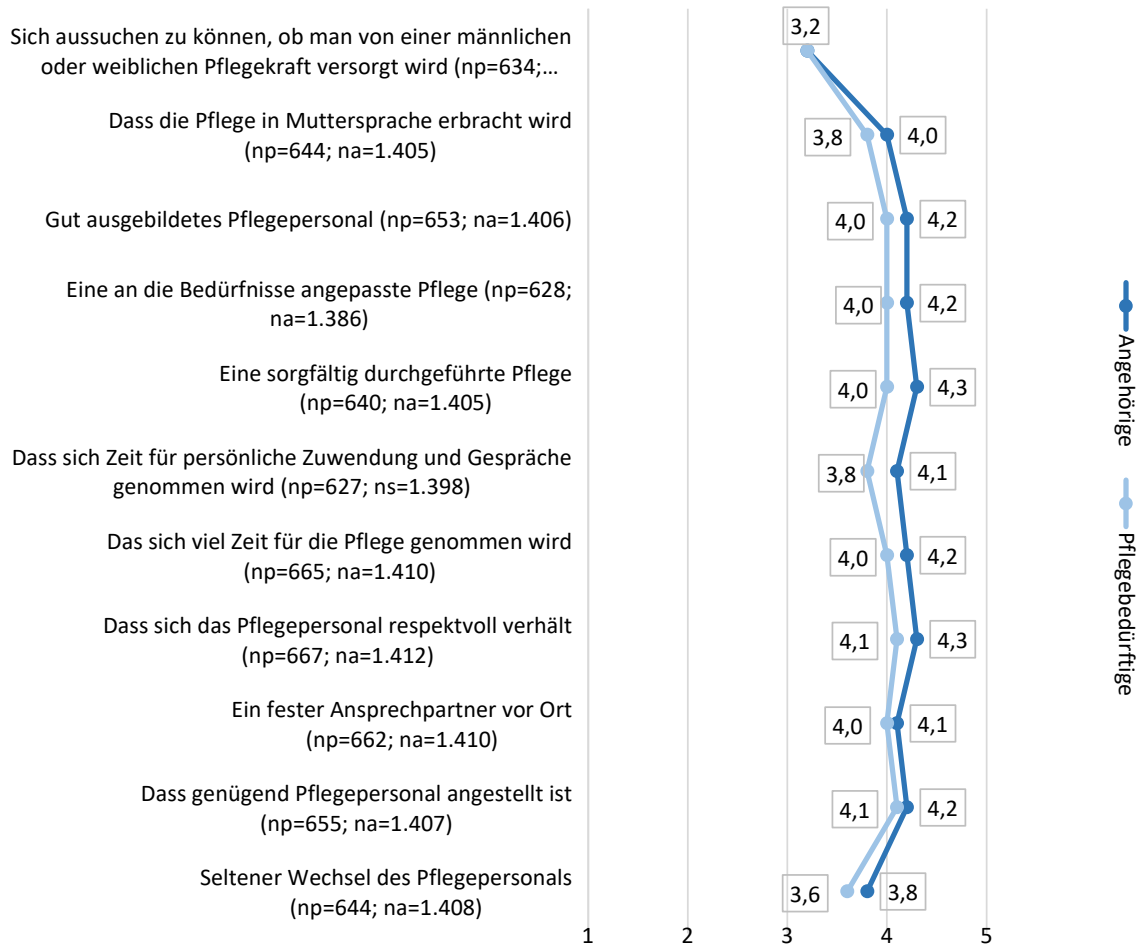
Quelle: Studie zur Weiterentwicklung der Qualitätsberichterstattung in der Langzeitpflege

Anmerkung: 1=überhaupt nicht wichtig; 2=nicht sehr wichtig; 3=etwas wichtig; 4=sehr wichtig; 5=entscheidend; wird nur ein Mittelwert für das jeweilige Kriterium angegeben, so entspricht dies einer gleichwertigen Bewertung in den Untergruppen

Zwischen Angehörigen und Pflegebedürftigen fallen die Unterschiede in der Bewertung des Qualitätsbereichs Pflege etwas deutlicher aus ($p < 0,05$). Sowohl personal- als auch pflegebezogene Kriterien werden von den Angehörigen insgesamt noch höher bewertet als von den Betroffenen selbst (vgl. Abbildung 28). Eine Ausnahme bildet das Kriterium, welches eine medizinische Versorgung durch eine Fachkraft eines bestimmten Geschlechts betrifft. Dieses ist in beiden Befragungsgruppen mit einem Mittelwert von 3,2 auch hier der als am wenigsten wichtig bewertete Aspekt. Auf Platz eins rangiert unter den Angehörigen ein respektvoller Umgang des Pflegepersonals mit den Pflegebedürftigen ($m=4,3$; $sd=0,6$) sowie eine sorgfältig durchgeführte Pflege ($m=4,3$; $sd=0,6$). Unter den Pflegebedürftigen wird ein respektvoller Verhalten des Pflegepersonals gleichfalls am höchsten bewer-

tet ($m=4,1$; $sd=0,6$) – gemeinsam mit dem Kriterium, welches genügend Pflegepersonal ($m=4,1$; $sd=0,7$) betrifft.

Abbildung 28: Qualitätsbereich: Pflege nach Befragungsperson (Mittelwerte)



Quelle: Studie zur Weiterentwicklung der Qualitätsberichterstattung in der Langzeitpflege

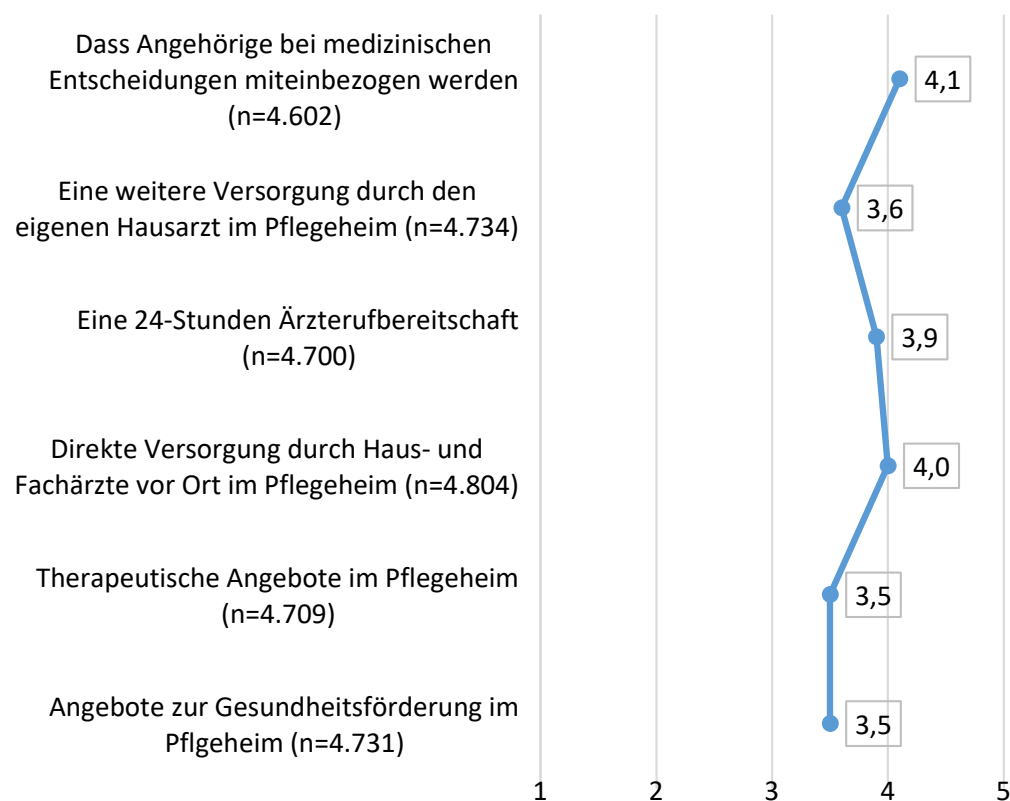
Anmerkung: 1=überhaupt nicht wichtig; 2=nicht sehr wichtig; 3=etwas wichtig; 4=sehr wichtig; 5=entscheidend; wird nur ein Mittelwert für das jeweilige Kriterium angegeben, so entspricht dies einer gleichwertigen Bewertung in den Untergruppen; Befragungsteilnehmer/-innen, welche den Fragebogen gemeinsam ausfüllten, werden nicht dargestellt

Medizinische Versorgung

Die medizinische Versorgung innerhalb einer Pflegeeinrichtung ist nicht nur ein Indikator für Pflegequalität, sondern auch ein Qualitätsbereich, welcher die Auswahl einer Pflegeeinrichtung aus Sicht der Verbraucher/-innen maßgeblich zu bestimmen scheint. Entsprechend werden alle aufgeführten Kriterien von den Befragten hoch bewertet (vgl. Abbildung 29). Besonders wichtig für die Befragungsteilnehmer/-innen ist, dass Angehörige bei medizinischen Entscheidungen miteinbezogen werden ($m=4,1$; $sd=0,9$). Dies gilt ebenso für eine direkte Versorgung durch Haus- und Fachärzte vor

Ort im Pflegeheim ($m=4,0$; $sd=0,7$) sowie für eine 24-Stunden Ärztlerufbereitschaft ($m=3,9$; $sd=0,8$). Diese Kriterien stehen nachweislich im Zusammenhang mit weniger unnötigen Krankhauseinweisungen und Arzneimittelverordnungen. Etwas weniger wichtig, aber immer noch auf einem hohen Niveau, sind für die Befragten Angebote zur Gesundheitsförderung im Pflegeheim (z. B. Gedächtnistraining, Ernährungsberatung) ($m=3,5$; $sd=0,9$), Therapeutische Angebote im Pflegeheim (z. B. Physiotherapie, Kunst- und Musiktherapie) ($m=3,5$; $sd=0,9$) sowie eine fortlaufende medizinische Versorgung durch den persönlichen Hausarzt im Pflegeheim ($m=3,6$; $sd=1,0$).

Abbildung 29: Qualitätsbereich: Medizinische Versorgung (Gesamt, Mittelwerte)



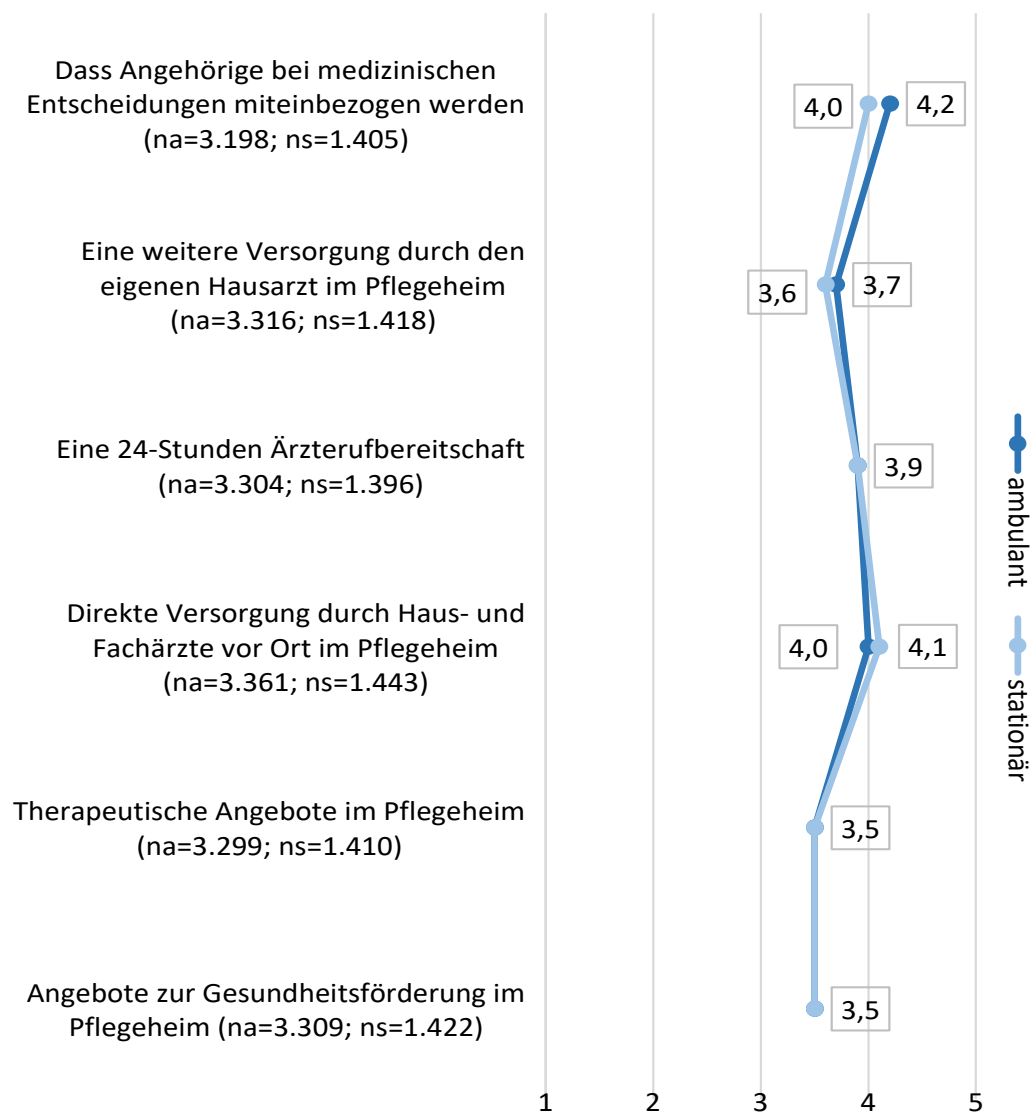
Quelle: Studie zur Weiterentwicklung der Qualitätsberichterstattung in der Langzeitpflege

Anmerkung: 1=überhaupt nicht wichtig; 2=nicht sehr wichtig; 3=etwas wichtig; 4=sehr wichtig; 5=entscheidend

Aufgrund der hohen Valenz einer adäquaten medizinischen Versorgung innerhalb einer Pflegeeinrichtung zeigen sich erwartungsgemäß kaum signifikante Bewertungsunterschiede zwischen ambulant und stationär versorgten Personen. Lediglich eine direkte Versorgung durch Haus- und Fachärzte vor Ort im Pflegeheim sowie das Einbeziehen von Angehörigen bei medizinischen Entscheidungen weisen statistisch signifikante Unterschiede ($p<0,05$) auf. So wird von stationär Versorgten ($m=4,1$; $sd=0,7$) eine ärztliche Versorgung vor Ort signifikant höher bewertet im Vergleich zur ambulant Versorgten ($m=4,0$; $sd=0,6$). Hingegen ist das Einbeziehen von Angehörigen in medizinische Entschei-

dungen für die ambulante Versorgungsgruppe (m=4,2; sd=0,8) relevanter, als für die stationäre Gruppe (m=4,0; sd=0,9). Bezogen auf die Präferenzsetzung der Befragten bedeutet dies, dass ambulant Versorgte an erster Stelle das Einbeziehen von Angehörigen bei medizinischen Entscheidungen priorisieren, wohingegen stationär Versorgte einer direkten Versorgung durch Haus- und Fachärzte vor Ort im Pflegeheim diesen Stellenwert zuschreiben. Die niedrigsten Bewertungen innerhalb des Qualitätsbereichs weisen in beiden Versorgungsgruppen mit einem identischen Mittelwert von 3,5 die Kriterien Angebote zur Gesundheitsförderung im Pflegeheim sowie therapeutische Angebote im Pflegeheim auf (vgl. Abbildung 30).

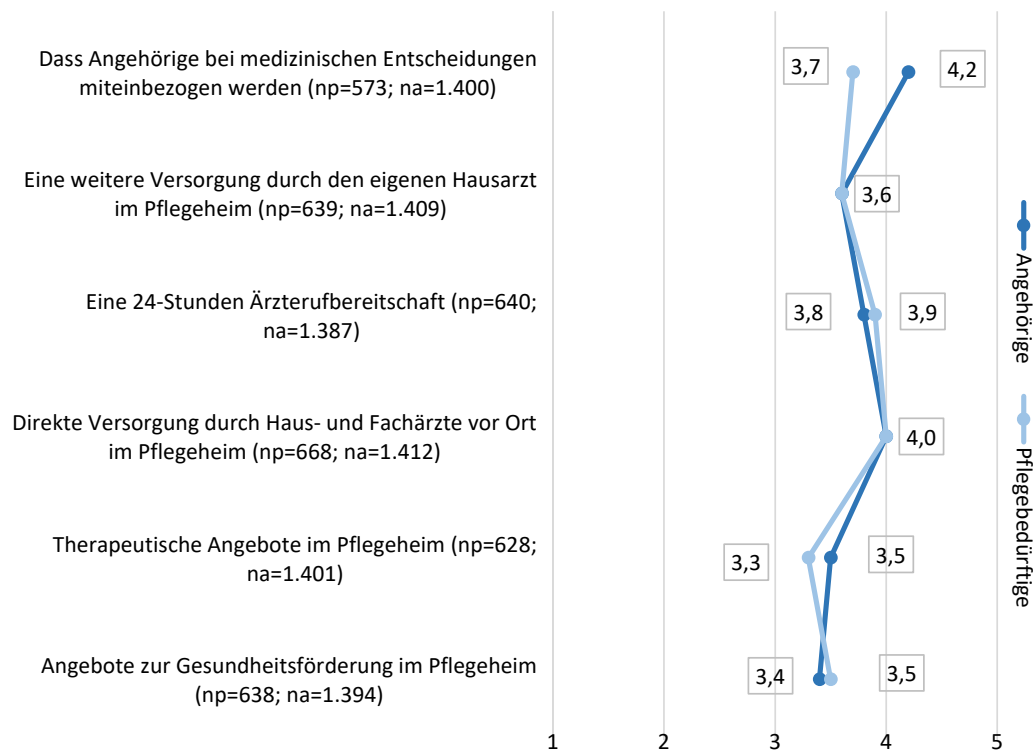
Abbildung 30: Qualitätsbereich: Medizinische Versorgung nach Art der Versorgung (Mittelwerte)



Quelle: Studie zur Weiterentwicklung der Qualitätsberichterstattung in der Langzeitpflege
 Anmerkung: 1=überhaupt nicht wichtig; 2=nicht sehr wichtig; 3=etwas wichtig; 4=sehr wichtig; 5=entscheidend; wird nur ein Mittelwert für das jeweilige Kriterium angegeben, so entspricht dies einer gleichwertigen Bewertung in den Untergruppen

Pflegebedürftige und Angehörige messen dem Qualitätsbereich medizinische Versorgung einen vergleichbar großen Stellenwert bei, welcher sich durch hohe Mittelwerte für jedes einzelne Kriterium ausdrückt (vgl. Abbildung 31). Der deutlichste Unterschied zeigt sich in dem Wunsch nach Partizipation der Angehörigen an medizinischen Entscheidungen. Diesem Kriterium messen die Angehörigen ($m=4,2$; $sd=0,7$) eine höhere Bedeutung bei als die Pflegebedürftigen selbst ($m=3,7$; $sd=1,1$). Insgesamt betrachtet, nimmt für Angehörige das Einbeziehen in medizinische Entscheidungen den höchsten Stellenwert bei der Auswahl einer Pflegeeinrichtung ein. Unter den Pflegebedürftigen wird in erster Linie eine direkte Versorgung durch Haus- und Fachärzte vor Ort im Pflegeheim priorisiert. In der Präferenzsetzung an letzter Stelle stehen für Angehörige Angebote zur Gesundheitsförderung im Pflegeheim, für Pflegebedürftige therapeutische Angebote im Pflegeheim.

Abbildung 31: Qualitätsbereich: Medizinische Versorgung nach Befragungsperson (Mittelwerte)



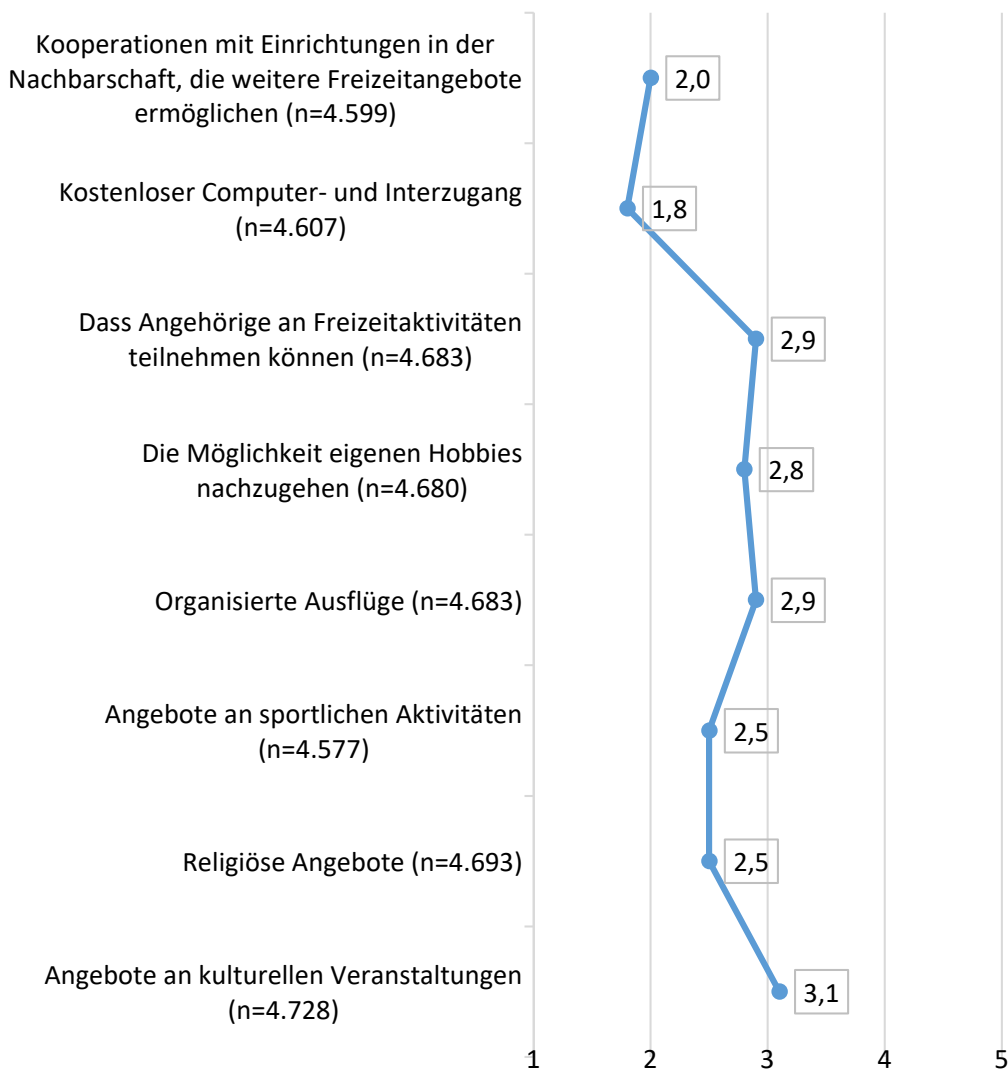
Quelle: Studie zur Weiterentwicklung der Qualitätsberichterstattung in der Langzeitpflege

Anmerkung: 1=überhaupt nicht wichtig; 2=nicht sehr wichtig; 3=etwas wichtig; 4=sehr wichtig; 5=entscheidend; wird nur ein Mittelwert für das jeweilige Kriterium angegeben, so entspricht dies einer gleichwertigen Bewertung in den Untergruppen; Befragungsteilnehmer/-innen, welche den Fragebogen gemeinsam ausfüllten, werden nicht dargestellt

Freizeitaktivitäten

Kriterien, welche den Qualitätsbereich Freizeitaktivitäten betreffen, werden insgesamt als weniger relevant für die Auswahl einer Pflegeeinrichtung eingeschätzt und übersteigen im Mittel kaum drei Bewertungspunkte (3=„etwas wichtig“). Das Vorhandensein eines kostenlosen Computer- und Interzuges weist mit einem Mittelwert von 1,8 (sd=1,2) die niedrigste Bewertung auf. Dies trifft ebenso auf Kooperationen mit Einrichtungen in der Nachbarschaft zu, welche weitere Freizeitangebote (z. B. Konzerte, Singen) ermöglichen könnten (m=2,0; sd=1,1). Ebenso werden religiöse Angebote (m=2,5; sd=1,2) (z. B. tägliche Andachten, Gebetsraum, Gottesdienste, Seelsorge) sowie Angebote an sportlichen Aktivitäten (m=2,5; sd=1,2) als wenig relevant für die Auswahl einer Pflegeeinrichtung bewertet. Ein Angebot an kulturellen Veranstaltungen (m=3,1; sd=1,0) weist den höchsten Mittelwert auf, entspricht jedoch auch nur einer „etwas wichtigen“ Bewertung. In demselben Maße werden organisierte Ausflüge (m=2,9; sd=1,1), die Möglichkeit, dass Angehörige an Freizeitaktivitäten teilnehmen können (m=2,9; sd=1,1) sowie die Möglichkeit, eigenen Hobbys nachgehen zu können (m=2,8; sd=1,1) eingeschätzt (vgl. Abbildung 32).

Abbildung 32: Qualitätsbereich: Freizeitaktivitäten (Gesamt, Mittelwerte)

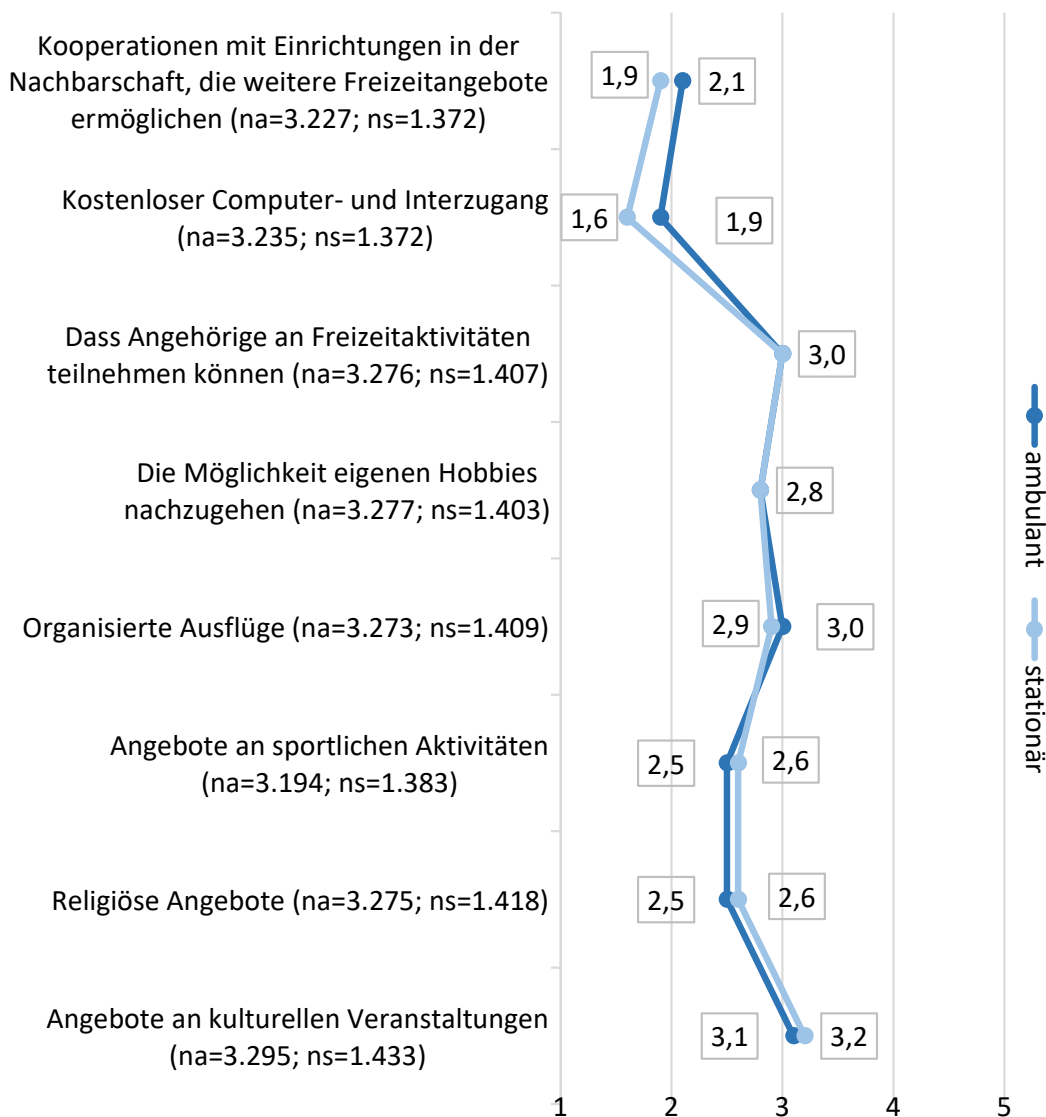


Quelle: Studie zur Weiterentwicklung der Qualitätsberichterstattung in der Langzeitpflege

Anmerkung: 1=überhaupt nicht wichtig; 2=nicht sehr wichtig; 3=etwas wichtig; 4=sehr wichtig; 5=entscheidend

Die vergleichsweise niedrigen Bewertungen der Kriterien im Qualitätsbereich Freizeitaktivitäten finden sich sowohl in der Gruppe der stationär als auch in der Gruppe der ambulant Versorgten (vgl. Abbildung 33). Lediglich ein Angebot an kulturellen Veranstaltungen erreicht im Mittel einen Bewertungswert von über drei Punkten (3=„etwas wichtig“) und damit die höchste Bewertung. Auch fallen die Bewertungen ganz ähnlich aus. Einziger augenfälliger Unterschied zeigt sich in der Priorisierung eines kostenlosen Computer- und Internetzugangs, der für ambulant Versorgte einen höheren Stellenwert hat ($m_a=1,9$; $sd_a=1,2$; $m_s=1,6$; $sd_s=1,1$). Allerdings rangiert dieses Kriterium in der Gesamtbetrachtung mit „nicht sehr wichtig“ in beiden Versorgungsgruppen ganz unten in der Präferenzliste dieser Dimension.

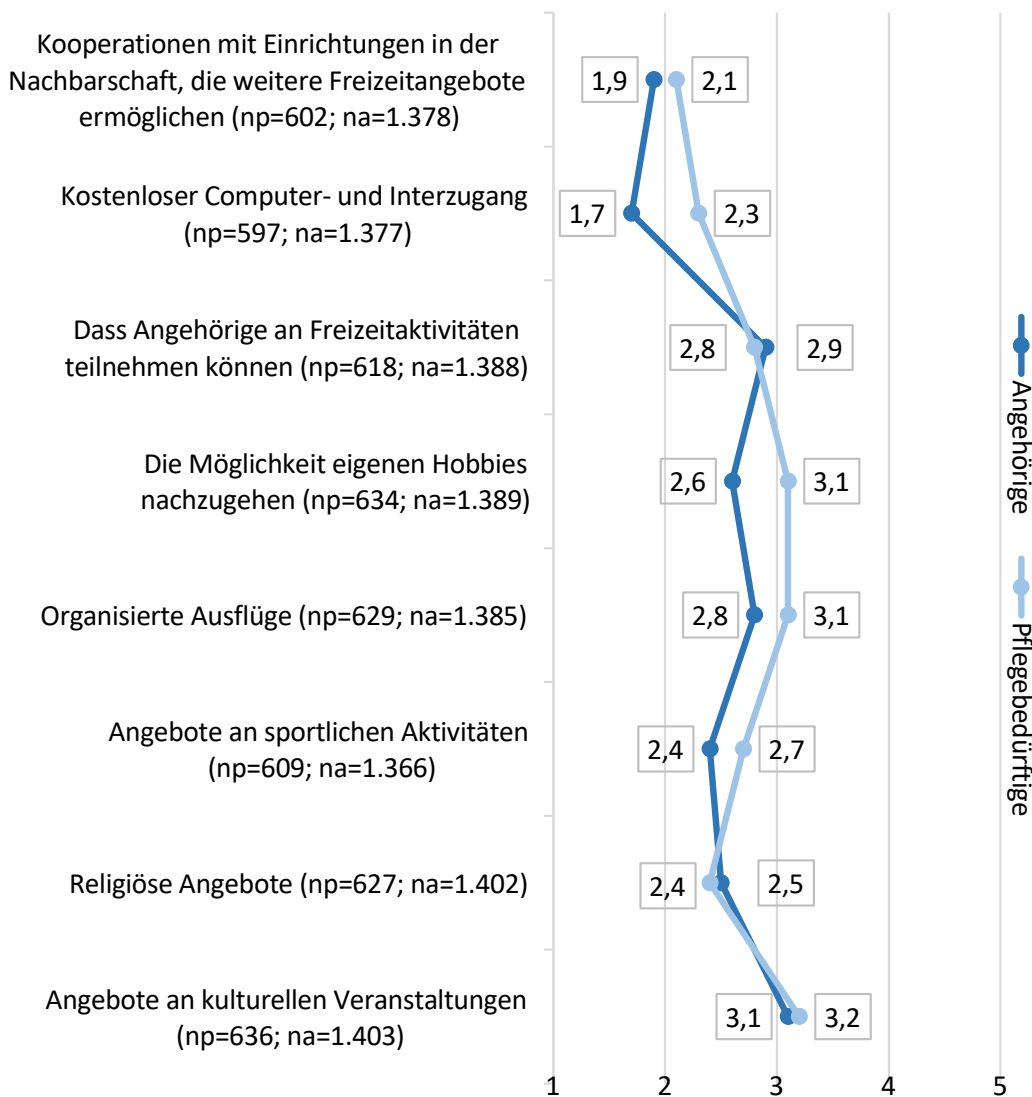
Abbildung 33: Qualitätsbereich: Freizeitaktivitäten nach Art der Versorgung (Mittelwerte)



Quelle: Studie zur Weiterentwicklung der Qualitätsberichterstattung in der Langzeitpflege
 Anmerkung: 1=überhaupt nicht wichtig; 2=nicht sehr wichtig; 3=etwas wichtig; 4=sehr wichtig; 5=entscheidend; wird nur ein Mittelwert für das jeweilige Kriterium angegeben, so entspricht dies einer gleichwertigen Bewertung in den Untergruppen

In der Betrachtung der Untergruppe Befragungspersonen können für jedes einzelne Kriterium, bis auf religiöse Angebote signifikante Unterschiede in der Bewertung zwischen Angehörigen und Pflegebedürftigen nachgewiesen werden ($p < 0,05$). Die Bewertungen bewegen sich hierbei auf niedrigen bis mittleren Niveau (vgl. Abbildung 34). In der Tendenz gewichten die Pflegebedürftigen die Möglichkeit verschiedener Freizeitaktivitäten jedoch höher als die Angehörigen. Das betrifft vor allem den kostenlosen Internetzugang, die Möglichkeit, eigenen Hobbies nachzugehen, organisierte Ausflüge und das Angebot an sportlichen Aktivitäten.

Abbildung 34: Qualitätsbereich: Freizeitaktivitäten nach Befragungsperson (Mittelwerte)



Quelle: Studie zur Weiterentwicklung der Qualitätsberichterstattung in der Langzeitpflege

Anmerkung: 1=überhaupt nicht wichtig; 2=nicht sehr wichtig; 3=etwas wichtig; 4=sehr wichtig; 5=entscheidend; Befragungsteilnehmer/-innen, welche den Fragebogen gemeinsam ausfüllten, werden nicht dargestellt

4.3.3 Lebensqualitätsbezogene Qualitätsdimension

Lebensführung und Privatsphäre

Eine Vielzahl der Kriterien, welche die Lebensführung sowie die Privatsphäre betreffen, werden von den Befragten als zentral bei der Auswahl einer Pflegeeinrichtung beurteilt.

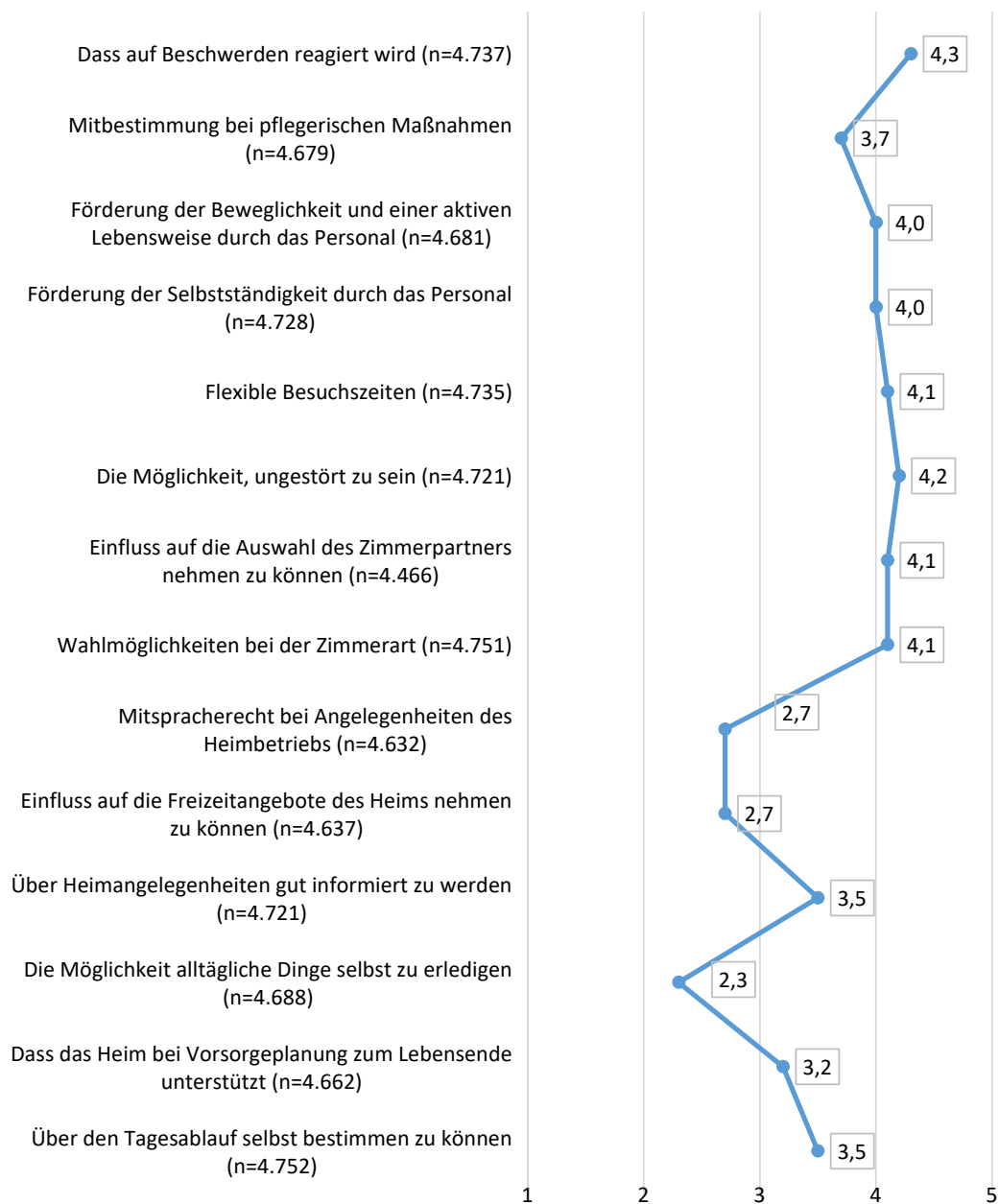
Den höchsten Mittelwert innerhalb dieses Qualitätsbereich weist das Kriterium auf, das das Beschwerdemanagement betrifft: Von den Befragten wird eine angemessene Reaktion auf

Beschwerden als „sehr wichtiges“ Kriterium bewertet ($m=4,3$; $sd=0,6$). Ebenfalls hohe Bewertungen auf dem Wichtigkeitsstrang erhalten die Möglichkeit, ungestört sein zu können ($m=4,2$; $sd=0,8$), die Wahlmöglichkeit der Zimmerart (z. B. Einzel- oder Mehrbettzimmer) ($m=4,1$; $sd=0,9$), die Einflussnahme auf die Auswahl eines Mitbewohners bei Mehrfachbelegung ($m=4,1$; $sd=1,0$), flexible Besuchszeiten ($m=4,1$; $sd=0,8$), die Förderung der Beweglichkeit und einer aktiven Lebensweise ($m=4,0$; $sd=0,7$) und die Förderung der Selbständigkeit durch das Personal ($m=4,0$; $sd=0,8$) sowie die Mitbestimmung bei der Planung und Durchführung von pflegerischen Maßnahmen (z. B. Uhrzeit der täglichen Körperpflege) ($m=3,7$; $sd=0,9$).

Im Mittel als „etwas wichtig“ wird das Mitspracherecht bei Angelegenheiten des Heimbetriebs ($m=2,7$; $sd=1,1$), die Möglichkeit auf die Freizeitangebote der Pflegeeinrichtung Einfluss nehmen zu können ($m=2,7$; $sd=1,1$), über Heimangelegenheiten gut informiert zu werden ($m=3,5$; $sd=0,9$), über den eigenen Tagesablauf selbst bestimmen zu können ($m=3,5$; $sd=1,0$), sowie durch die Pflegeeinrichtung bei der Vorsorgeplanung zum Lebensabend unterstützt zu werden (z. B. Patientenverfügung, Testament) ($m=3,2$; $sd=1,1$).

„Nicht sehr wichtig“ ist für die Befragten die Möglichkeit, alltägliche Dinge selbst erledigen zu können, z. B. selbst kochen, eigene Wäsche waschen. ($m=2,3$; $sd=1,2$) (vgl. Abbildung 35).

Abbildung 35: Qualitätsbereich: Lebensführung und Privatsphäre (Gesamt, Mittelwerte)



Quelle: Studie zur Weiterentwicklung der Qualitätsberichterstattung in der Langzeitpflege

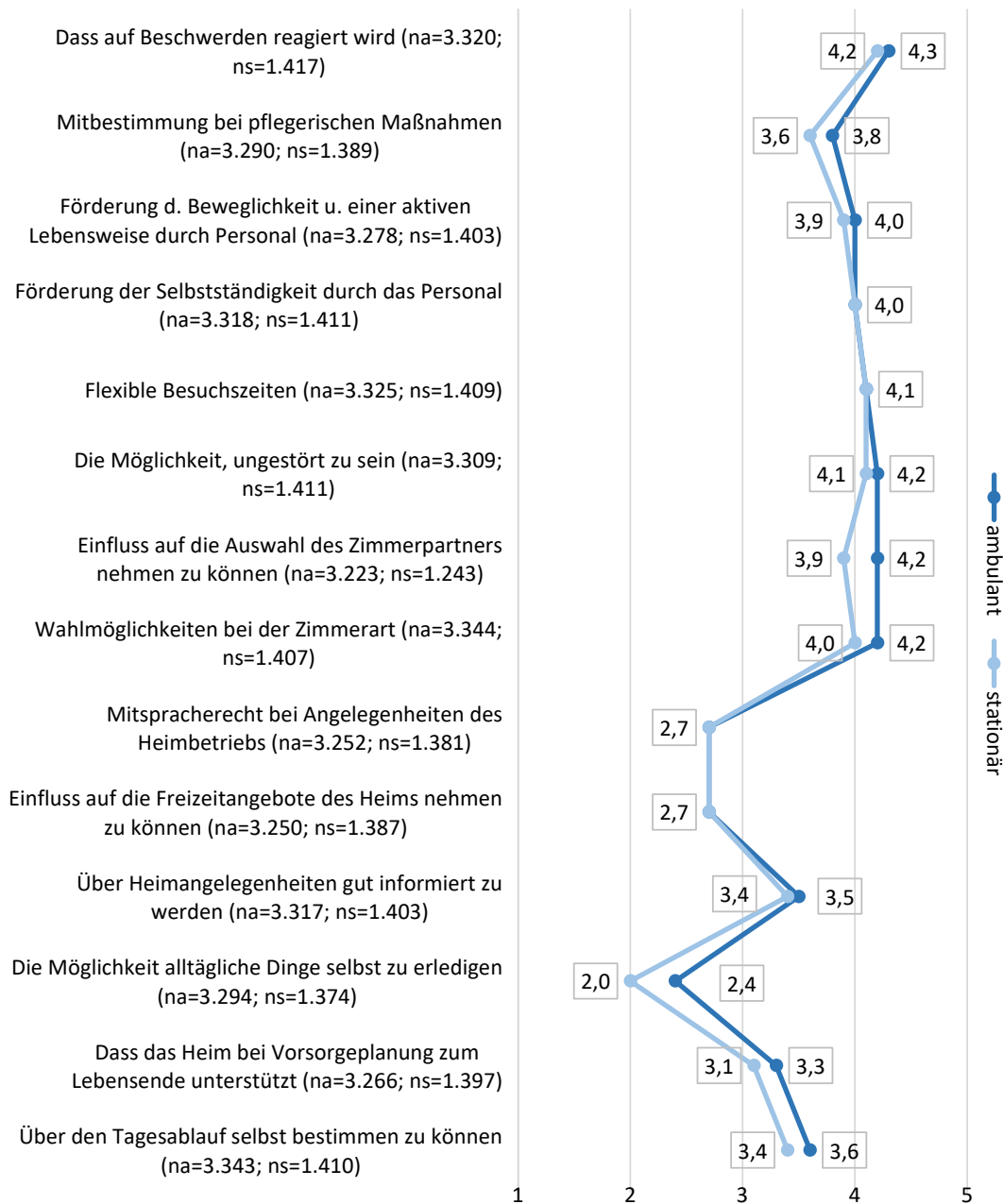
Anmerkung: 1=überhaupt nicht wichtig; 2=nicht sehr wichtig; 3=etwas wichtig; 4=sehr wichtig; 5=entscheidend

Die Untergruppenbetrachtung nach Art der Versorgung zeigt statistisch signifikante Unterschiede ($p < 0,05$), aber ein ganz ähnliches Bewertungsmuster. Statistisch nachweisbare Bewertungsdifferenzen manifestieren sich in den Kriterien: über den eigenen Tagesablauf selbst bestimmen zu können, dass das Pflegeheim bei der Vorsorgeplanung zum Lebensende unterstützt, dass die Möglichkeit besteht, alltägliche Dinge selbst zu erledigen, die Wahlmöglichkeit bei der Zimmerart, Einfluss auf die Auswahl der Mitbewohnerin oder des Mitbewohners nehmen zu können, dass es die Möglichkeit

gibt, ungestört zu sein sowie der Mitbestimmung bei pflegerischen Maßnahmen. Dabei schätzen ambulant Versorgte diese Kriterien im Mittel etwas wichtiger ein als stationär versorgte Personen (vgl. Abbildung 36). Für beide Versorgungsgruppen nimmt das Kriterium, dass auf Beschwerden reagiert wird, den höchsten Stellenwert im Auswahlprozess ein.

Die niedrigste Bewertung und als „nicht sehr wichtig“ wird von beiden Versorgungsgruppen die Möglichkeit, alltägliche Dinge selbst zu erledigen beurteilt. Auf einem bereits niedrigen Niveau bewerten ambulant Versorgte diesen Aspekt mit einem Mittelwert von 2,4 (sd=1,2) signifikant etwas höher, als stationär Versorgte (m=2,0; sd=1,1).

Abbildung 36: Qualitätsbereich: Lebensführung und Privatsphäre nach Art der Versorgung (Mittelwerte)



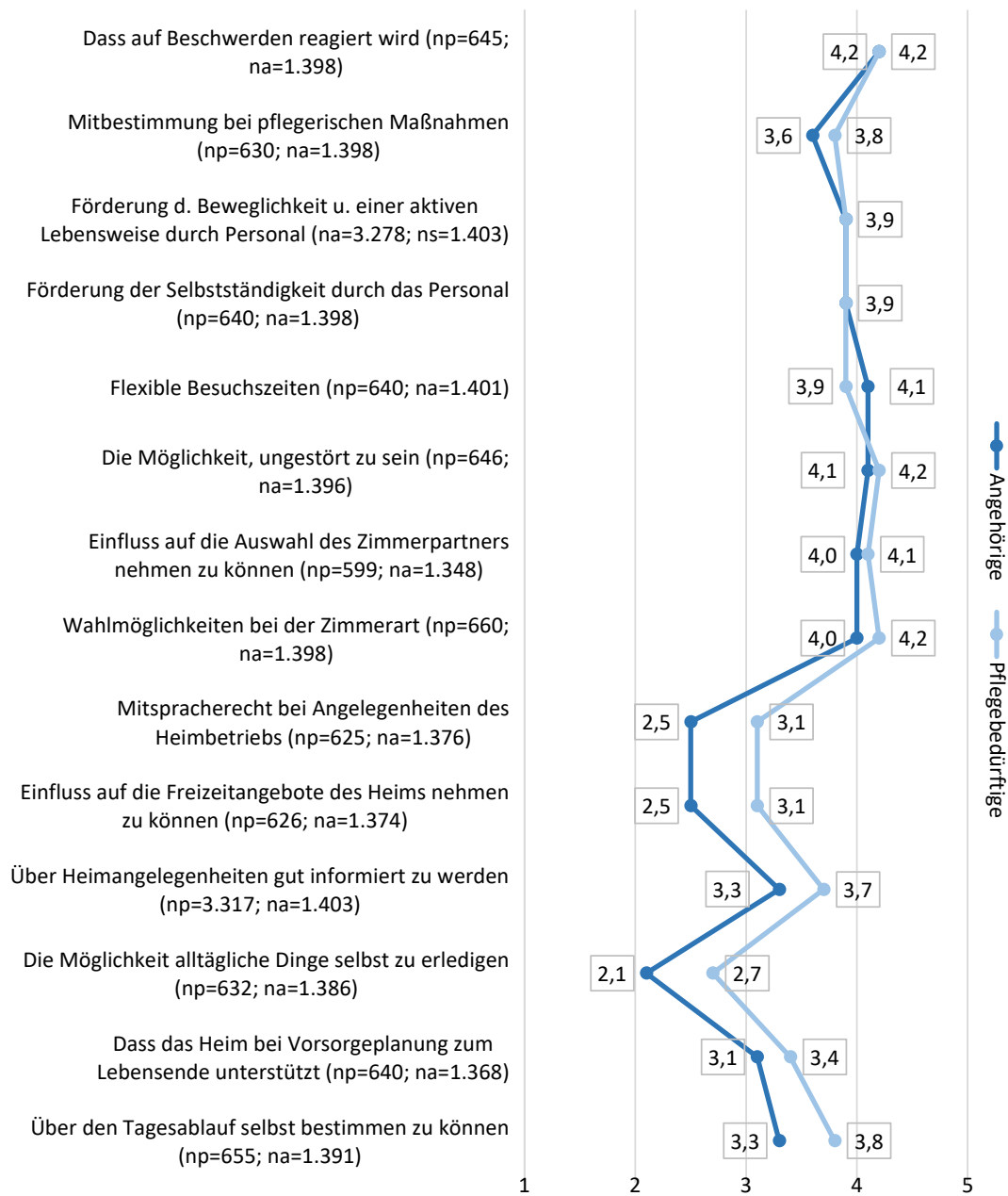
Quelle: Studie zur Weiterentwicklung der Qualitätsberichterstattung in der Langzeitpflege
 Anmerkung: 1=überhaupt nicht wichtig; 2=nicht sehr wichtig; 3=etwas wichtig; 4=sehr wichtig; 5=entscheidend; wird nur ein Mittelwert für das jeweilige Kriterium angegeben, so entspricht dies einer gleichwertigen Bewertung in den Untergruppen

In der Betrachtung der Bewertungsunterschiede zwischen Angehörigen und Pflegebedürftigen tritt insbesondere hervor, dass die pflegebedürftigen Versicherten einer autonomen Lebensführung und Privatsphäre einen höheren Stellenwert zuschreiben als deren Angehörigen (vgl. Abbildung 37). Über fast alle Kriterien hinweg, fallen die Mittelwerte für die einzelnen Kriterien bei den Pflegebedürftigen

signifikant ($p < 0,05$) höher aus. Einzige Ausnahme bildet das Kriterium Flexible Besuchszeiten – diesem räumen Angehörige ($m=4,1$; $sd=0,8$) signifikant mehr Relevanz bei der Auswahl einer Pflegeeinrichtung ein als die pflegebedürftigen Personen selbst ($m=3,9$; $sd=1,0$). Alles in allem wird von den Pflegebedürftigen und Angehörigen an erster Stelle und mit einem Mittelwert von 4,2 priorisiert, dass auf Beschwerden reagiert wird. Unter den Pflegebedürftigen rangiert zudem auf Platz eins die Wahlmöglichkeit bei der der Zimmerart ($m=4,2$; $sd=0,8$).

Wenig Relevanz im Auswahlprozess nimmt hingegen in beiden Befragungsgruppen die Möglichkeit, alltägliche Dinge selbst erledigen zu können ein. Dies wird von den Angehörigen ($m=2,1$; $sd=1,1$) niedriger bewertet, als von den pflegebedürftigen Personen ($m=2,7$; $sd=1,2$).

Abbildung 37: Qualitätsbereich: Lebensführung und Privatsphäre nach Befragungsperson (Mittelwerte)

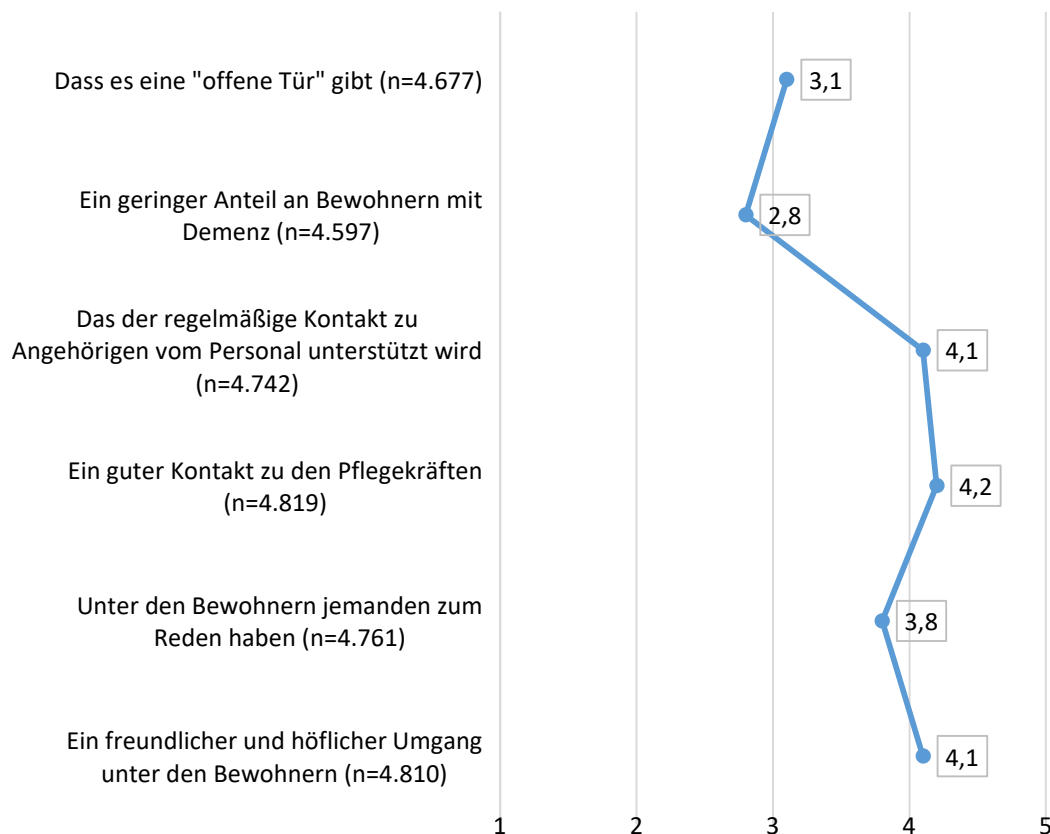


Quelle: Studie zur Weiterentwicklung der Qualitätsberichterstattung in der Langzeitpflege
 Anmerkung: 1=überhaupt nicht wichtig; 2=nicht sehr wichtig; 3=etwas wichtig; 4=sehr wichtig; 5=entscheidend; wird nur ein Mittelwert für das jeweilige Kriterium angegeben, so entspricht dies einer gleichwertigen Bewertung in den Untergruppen; Befragungsteilnehmer/-innen, welche den Fragebogen gemeinsam ausfüllten, werden nicht dargestellt

Soziale Kontakte

Die Förderung der sozialen Kontakte zu Angehörigen und Freunden durch das Personal ($m=4,1$; $sd=0,7$), ein guter Kontakt zu den Pflegekräften ($m=4,2$; $sd=0,5$) sowie ein höflicher und freundlicher Umgang unter den Bewohnerinnen und Bewohnern ($m=4,1$; $sd=0,6$) werden von den Befragten als „sehr wichtig“ bewertet. Diese Auswahlkriterien weisen innerhalb des Qualitätsbereichs soziale Kontakte die höchsten Mittelwerte auf. Etwas niedriger, aber dennoch auf einem hohen Niveau, werden Gesprächspartner unter den Bewohnerinnen und -bewohnern ($m=3,8$; $sd=0,8$) sowie eine offene Tür, z. B. Mittagstisch für Angehörige und Freunde, ($m=3,1$; $sd=1,1$) eingeschätzt. Ein geringer Anteil an Menschen mit Demenz ist hingegen für die Befragungsteilnehmer/-innen weniger wichtig bei der Auswahl einer Pflegeeinrichtung ($m=2,8$; $sd=1,1$) (vgl. Abbildung 38).

Abbildung 38: Qualitätsbereich: soziale Kontakte (Gesamt, Mittelwerte)



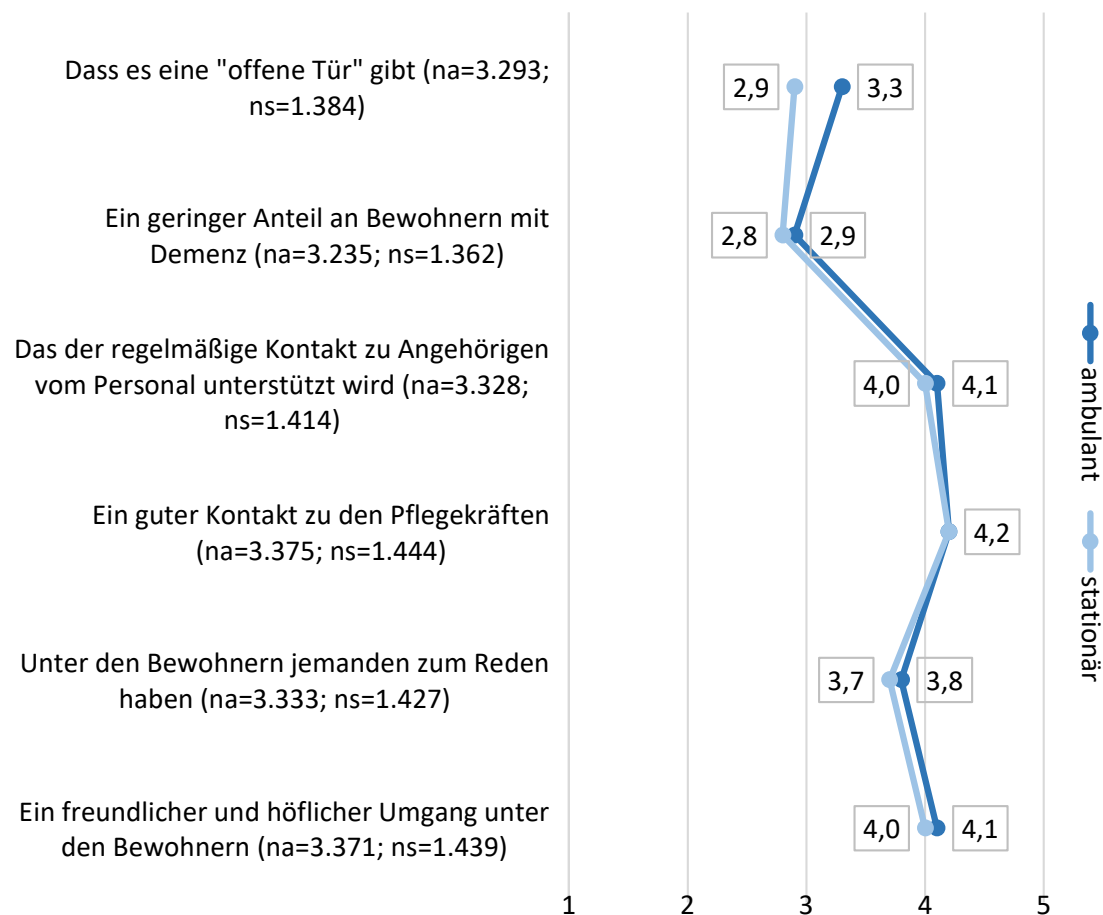
Quelle: Studie zur Weiterentwicklung der Qualitätsberichterstattung in der Langzeitpflege

Anmerkung: 1=überhaupt nicht wichtig; 2=nicht sehr wichtig; 3=etwas wichtig; 4=sehr wichtig; 5=entscheidend

Die Präferenzen unter ambulant und stationär Versorgten hinsichtlich des Qualitätsbereichs „soziale Kontakte“ bleiben im Vergleich zur Gesamtbetrachtung erhalten (vgl. Abbildung 39). Ein „guter Kontakt zu den Pflegekräften“ weist auch in der separaten Betrachtung der beiden Versorgungsgruppen

mit einem Mittelwert von 4,2 ($sd_{a/s}=0,5$) die höchste Bewertung auf. Da beide Gruppen dieses Kriterium gleichermaßen als „sehr wichtig“ bei der Auswahl einer Pflegeeinrichtung einschätzen, können keine signifikanten Unterschiede in der Bewertung zwischen den Untergruppen nachgewiesen werden. Die „Unterstützung des Personals bei der Kontaktpflege zu Familie und Freunden“ sowie ein „freundlicher und höflicher Umgang unter den Bewohnern“ wird weiterhin von beiden Versorgungsgruppen im Mittel hoch bewertet, wobei ambulant Versorgte diese stets etwas höher einschätzen als stationär Versorgte. Ambulant Versorgte schätzen auch eine „offene Tür“ (z. B. Mittagstisch für Angehörige und Freunde) als wichtiger ein. Diese Unterschiede in der Bewertung konnten als statistisch signifikant nachgewiesen werden ($p<0,05$). Für die weiteren Aspekte, welche im mittleren Bewertungsbereich verortet sind, trifft dies gleichermaßen zu.

Abbildung 39: Qualitätsbereich: soziale Kontakte nach Art der Versorgung (Mittelwerte)

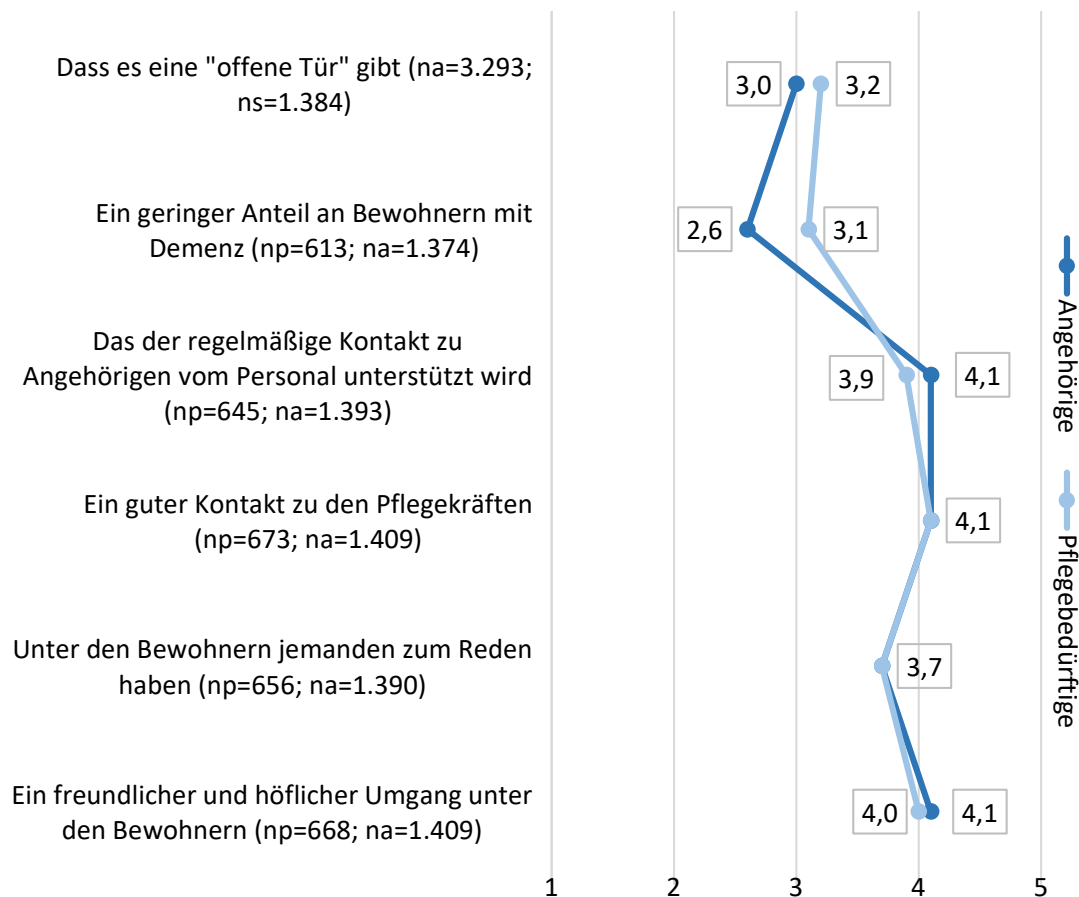


Quelle: Studie zur Weiterentwicklung der Qualitätsberichterstattung in der Langzeitpflege

Anmerkung: 1=überhaupt nicht wichtig; 2=nicht sehr wichtig; 3=etwas wichtig; 4=sehr wichtig; 5=entscheidend; wird nur ein Mittelwert für das jeweilige Kriterium angegeben, so entspricht dies einer gleichwertigen Bewertung in den Untergruppen

Die Gegenüberstellung der Bewertungen von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen fördert ein ähnliches Präferenzmuster im Hinblick auf den Qualitätsbereich soziale Kontakte zu Tage wie in der Gesamtbetrachtung. Besonders wichtig ist für beide Befragungsgruppen ein guter Kontakt zu den Pflegekräften ($m=4,1$; $sd=0,5$). Anders gestaltet sich dies hinsichtlich eines freundlichen Umgangs unter den Bewohnern sowie für die Unterstützung durch das Personal bei der Förderung eines regelmäßigen Kontakts zu Familie und Freunden. Hier zeigen sich signifikante Unterschiede in der Bewertung ($p<0,05$). Die Kontaktförderung durch das Personal zur Familie wird im Mittel von den Angehörigen ($m=4,1$; $sd=0,6$) höher bewertet als von den Pflegebedürftigen selbst ($m=3,9$; $sd=0,8$). Dies trifft gleichfalls auf den freundlichen Umgang unter den Bewohnerinnen und Bewohnern zu. Hingegen wird eine „offene Tür“ (z. B. Mittagstisch für Angehörige und Freunde) von den Pflegebedürftigen ($m=3,2$; $sd=1,1$) signifikant höher bewertet als von den Angehörigen ($m=3,0$; $sd=1,1$). Auch ein geringer Anteil an Bewohnern mit Demenz ist für die Pflegebedürftigen ($m=3,1$; $sd=1,2$) deutlich wichtiger als für deren Angehörige ($m=2,6$; $sd=1,1$) (vgl. Abbildung 40).

Abbildung 40: Qualitätsbereich: soziale Kontakte nach Befragungsperson (Mittelwerte)



Quelle: Studie zur Weiterentwicklung der Qualitätsberichterstattung in der Langzeitpflege

Anmerkung: 1=überhaupt nicht wichtig; 2=nicht sehr wichtig; 3=etwas wichtig; 4=sehr wichtig; 5=entscheidend; wird nur ein Mittelwert für das jeweilige Kriterium angegeben, so entspricht dies einer gleichwertigen Bewertung in den Untergruppen; Befragungsteilnehmer/-innen, welche den Fragebogen gemeinsam ausfüllten, werden nicht dargestellt

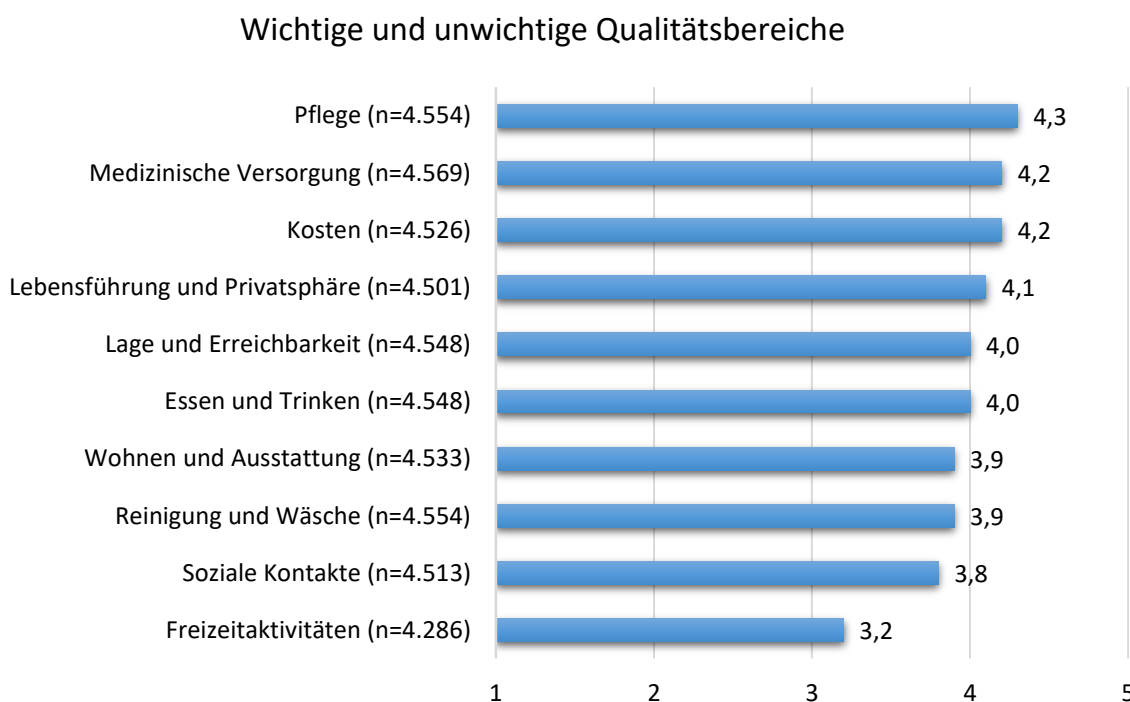
4.4 Wichtige und weniger wichtige Qualitätsbereiche

Auf Grundlage der Frage „Alles in Allem, wie wichtig waren/sind Ihnen Informationen zu den einzelnen Themenbereichen bei der Pflegeheimsuche?“ wird eine Rangfolge der Qualitätsbereiche gebildet, um Erkenntnisse darüber zu erlangen, zu welchen Bereichen Informationen von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen präferiert werden. Die Präferenz veranschaulicht die relationale Bewertung zwischen den verschiedenen Qualitätsbereichen und ist somit ein Indikator für das zukünftige Auswahlverhalten. Entsprechend kann hieraus geschlossen werden, dass Informationen zu hoch bewerteten Bereichen einen höheren Nutzen bei der Auswahl einer Pflegeeinrichtung für die Person aufweisen.

Analog zur Bewertung der einzelnen Auswahlkriterien erfolgt die Einschätzung der Wichtigkeit auf einer fünfstufigen Bewertungsskala von „überhaupt nicht wichtig“ bis „entscheidend“. Da die Mittelwerte in der Gesamtbetrachtung wenig differenzieren (vgl. Abbildung 41), liegt das Hautaugenmerk der Analyse auf der Kategorie „entscheidend“. Im Pretest kristallisierte sich heraus, dass die Befragten hohe Zustimmungstendenzen aufweisen und zumeist alle Bereiche als „sehr wichtig“ einschätzen. Der nach dem Pretest eingeführte Extremwert „entscheidend“ wird hingegen nur dann gewählt, wenn es sich tatsächlich um einen entscheidenden Qualitätsbereich handelt. Um ein differenziertes Bild über die Präferenzen der Verbraucher/-innen hinsichtlich der Qualitätsbereiche zu erhalten, wird im Folgenden die Kategorie „entscheidend“ analysiert. Dieses Vorgehen erweist sich aus methodischer Sicht für das Ziel, eine Präferenzrangfolge abzuleiten, als deutlich aussagekräftiger als der reine Vergleich von Mittelwerten.

Für diese Analyse werden diejenigen Teilnehmerinnen und Teilnehmer ausgeschlossen, die für keinen der zehn Themenbereiche Angaben gemacht haben. Hierdurch reduziert sich die Stichprobengröße von 5.021 auf 4.601.

Abbildung 41: Wichtige und weniger wichtige Qualitätsbereiche (Gesamt, Mittelwert)

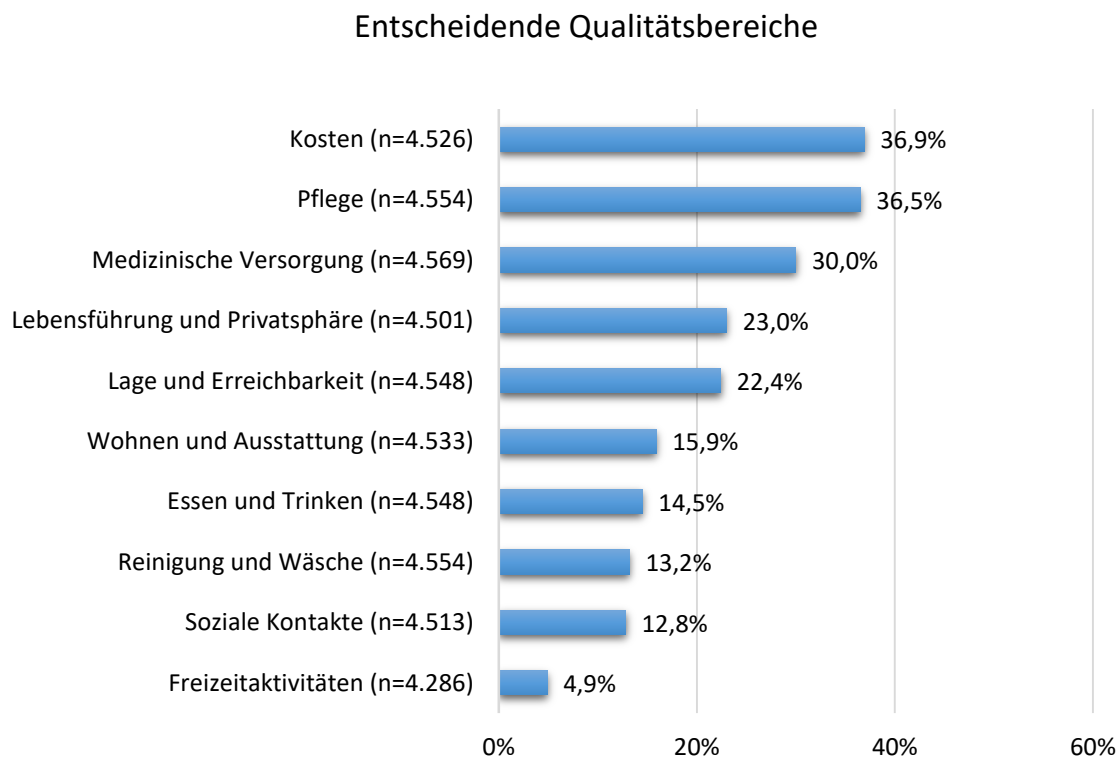


Quelle: Studie zur Weiterentwicklung der Qualitätsberichterstattung in der Langzeitpflege
 Anmerkung: 1=überhaupt nicht wichtig; 2=nicht sehr wichtig; 3=etwas wichtig; 4=sehr wichtig; 5=entscheidend

Entscheidende Qualitätsbereiche (gesamt)

Im Vergleich zur Betrachtung der Mittelwerte zeigt sich für die Kategorie entscheidende Qualitätsbereiche ein etwas anderes Bild der Nutzerpräferenzen (vgl. Abbildung 42): Ökonomische Aspekte spielen bei der Auswahl einer Pflegeeinrichtung eine wesentliche Rolle. Insgesamt werden von Verbraucherinnen und Verbrauchern bei der Auswahl einer Pflegeeinrichtung Informationen bevorzugt, die Auskunft über den Qualitätsbereich Kosten (36,9 %) geben. In der Rangfolge an zweiter Stelle folgt der Themenbereich Pflege (36,5 %), welcher neben der pflegerischen Versorgung auch personalbezogene Kriterien beinhaltet. Auf Platz drei befindet sich der Qualitätsbereich medizinische Versorgung (30,0 %). Informationen, welche eine autonome Lebensführung und Privatsphäre (23,0 %) betreffen und der lebensqualitätsbezogenen Qualitätsdimension zugeordnet sind, sind in der Rangfolge an vierter Stelle angesiedelt. Rang fünf nimmt der Qualitätsbereich Lage und Erreichbarkeit (22,4 %) ein. Mit etwas Abstand sind auf den unteren Rängen die Qualitätsbereiche Wohnen und Ausstattung (15,9 %), Essen und Trinken (14,5 %), Reinigung und Wäsche (13,2 %) sowie soziale Kontakte (12,8 %) vorzufinden. Im Verhältnis zu den anderen Bereichen, wird der Qualitätsbereich Freizeitaktivitäten (4,9 %) deutlich seltener als „entscheidend“ bewertet.

Abbildung 42: Entscheidende Qualitätsbereiche (Gesamt, in Prozent)



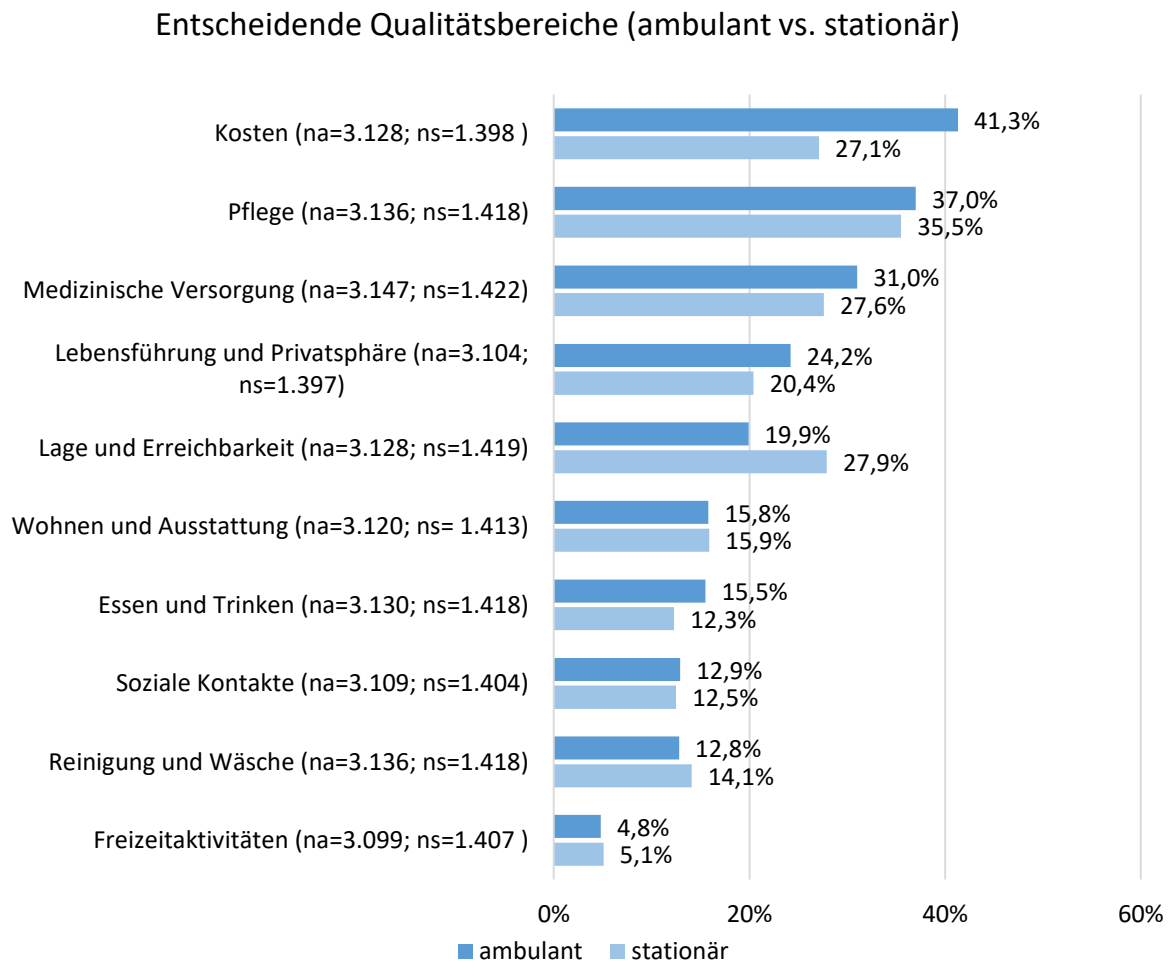
Quelle: Studie zur Weiterentwicklung der Qualitätsberichterstattung in der Langzeitpflege
Anmerkung: Darstellung Antwortkategorie „entscheidend“

Entscheidende Qualitätsbereiche nach Versorgungsart (ambulant vs. stationär)

Die Betrachtung der Teilgruppen, von welchen bereits ein Pflegeheim ausgewählt wurde (stationär) und jenen, die möglicherweise in Zukunft eines aussuchen werden (ambulant), weist sowohl Unterschiede in der Rangfolge gegenüber der Gesamtbetrachtung, als auch in der Gegenüberstellung auf. Abbildung 43 zeigt, dass Informationen zur Pflege (35,5 %), Lage und Erreichbarkeit (27,9 %) sowie zur Medizinischen Versorgung (27,6 %) bei stationär Versorgten auf den Plätzen eins bis drei rangieren. Unter den ambulant Versorgten sind wie in der Gesamtbetrachtung die ersten drei Plätze mit den Qualitätsbereichen Kosten (41,3 %), Pflege (37,0 %) und Medizinischer Versorgung (31,0 %) besetzt.

Vergleicht man die Bewertungen der einzelnen Qualitätsbereiche zwischen ambulant und stationär Versorgten, so zeigen sich folgende statistisch signifikante Unterschiede ($p < 0,05$): Die Bewertung des Qualitätsbereichs Lage und Erreichbarkeit weist höchst signifikante Unterschiede zwischen den zwei Versorgungsarten auf. Für bereits stationär versorgte Personen (27,9 %) sind Informationen für diesen Qualitätsbereich deutlich entscheidender bei der Auswahl einer Pflegeeinrichtung als für ambulant Versorgte (19,9 %). Hinsichtlich des Bereichs Essen und Trinken zeigen sich gleichfalls deutliche Unterschiede zwischen den zwei Versorgungsgruppen. Etwas unerwartet räumen ambulant Versorgte (15,5 %) den Informationen zu Essen und Trinken mehr Priorität ein als stationär versorgte Personen (12,3 %). Auch Informationen zur medizinischen Versorgung werden von ambulant versorgten Personen (31,0 %) gegenüber stationär versorgten Personen (27,6 Prozent) bevorzugt. Signifikante Unterschiede zeigen sich gleichfalls in der Bewertung der Informationen über die Kosten einer Pflegeeinrichtung. Während 41,3 Prozent der ambulanten Versorgungsgruppen Informationen zu den Kosten als entscheidend bei der Auswahl einer Pflegeeinrichtung bewerten, sind es innerhalb der stationären Gruppen nur 27,1 Prozent. Signifikant unterschiedliche Bewertungen weisen die Versorgungsgruppen zudem hinsichtlich des Qualitätsbereichs Lebensführung und Privatsphäre auf. Hierzu stufen 24,2 Prozent der ambulant gegenüber 20,4 Prozent der stationär Versorgten Informationen als entscheidend ein.

Abbildung 43: Entscheidende Qualitätsbereiche nach Versorgungsart (in Prozent)



Quelle: Studie zur Weiterentwicklung der Qualitätsberichterstattung in der Langzeitpflege

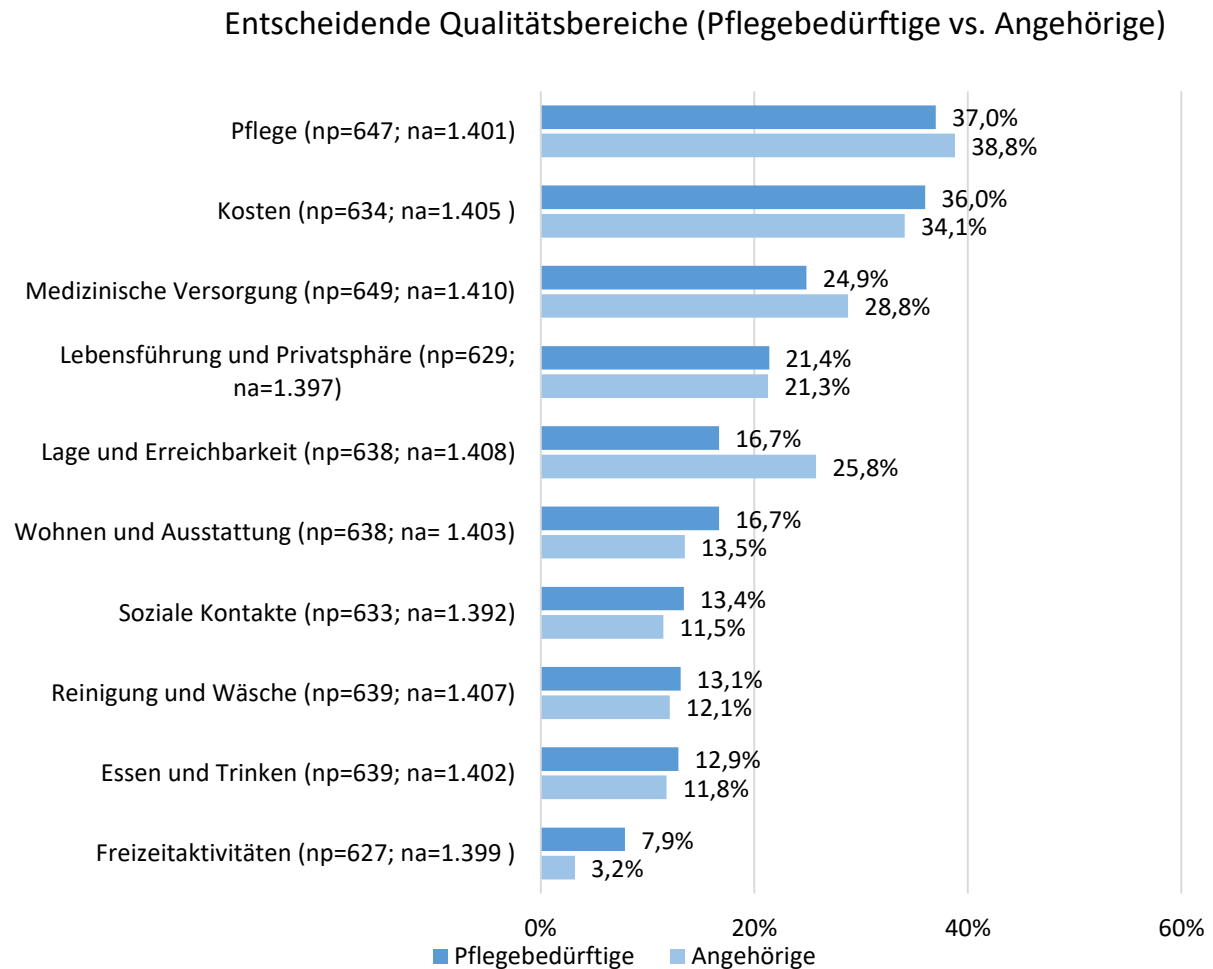
Anmerkung: Darstellung Antwortkategorie „entscheidend“

Entscheidende Qualitätsbereiche nach Befragungsperson (Pflegebedürftiger vs. Angehöriger)

Im Hinblick auf die Präferenzsetzung von Qualitätsbereichen zwischen Angehörigen und Pflegebedürftigen zeigen sich keine Unterschiede in der Rangfolge (vgl. Abbildung 44). Auf Platz eins rangiert der Qualitätsbereich Pflege, gefolgt von Kosten und der Medizinischen Versorgung. Auffällig und statistisch signifikant ($p < 0,05$) ist der Bewertungsunterschied zwischen den zwei Befragungsgruppen hinsichtlich des Qualitätsbereichs Lage und Erreichbarkeit. Mehr als ein Viertel (25,8 %) der Angehörigen nennen diesen Bereich als entscheidend im Auswahlprozess im Vergleich zu den pflegebedürftigen Personen (16,7 %). Weitere statistisch signifikante Unterschiede in der Bewertung zwischen Angehörigen und Pflegebedürftigen können für die Qualitätsbereiche Wohnen und Ausstattung, Freizeitaktivitäten sowie Pflege nachgewiesen werden. Informationen zu dem Bereich Wohnen und Ausstattung werden von den Betroffenen selbst (16,7 %) im Vergleich zu deren Angehörigen (13,5 %) häufiger als „entscheidend“ bei der Auswahl einer Pflegeeinrichtung eingeschätzt. Einen ebenfalls

signifikant höheren Stellenwert nehmen für die Pflegebedürftige (7,9 %) Freizeitaktivitäten im Gegensatz zu den Angehörigen (3,2 %) ein. Insgesamt ist der Qualitätsbereich Freizeitaktivitäten jedoch in beiden Befragungsgruppe der am wenigsten relevante Bereich zu welchen Informationen bevorzugt werden. Am häufigsten als „entscheidend“, aber dennoch signifikant unterschiedlich bewerteten Angehörige und Pflegebedürftige den Qualitätsbereich Pflege.

Abbildung 44: Entscheidende Qualitätsbereiche nach Befragungsperson (in Prozent)



Quelle: Studie zur Weiterentwicklung der Qualitätsberichterstattung in der Langzeitpflege
 Anmerkung: Darstellung Antwortkategorie „entscheidend“; Befragungsteilnehmer/-innen, welche den Fragebogen gemeinsam ausfüllten, werden nicht dargestellt

5 Zusammenfassung und Fazit

Eine differenzierte Berücksichtigung der Perspektiven aller relevanten Akteure ist Voraussetzung, um eine fundierte Qualitätsbeurteilung zu erzielen und die Qualität in der Pflege effektiv zu verbessern (vgl. Kämmer, 2008; Roth, 2002). Da die Sicht Betroffener von jener der Expert/-innen abweicht (vgl. Hasseler, 2014), ist das Verständnis des konkreten Erfahrungswissens der Verbraucher/-innen sowie derer spezifischer Bedürfnisse und Erwartungen für die Qualitätsbeurteilung und -weiterentwicklung von grundlegender Bedeutung (vgl. Bolz, 2006). Darüber hinaus ist die Kenntnis von Qualitätskriterien erforderlich, welche für potenzielle Verbraucher/-innen relevant sein könnten. Erst so kann gewährleistet werden, dass nutzerfreundlich aufbereitete Informationen den Entscheidungsprozess bei der Auswahl einer stationären Pflegeeinrichtung unterstützen.

Ziel der Studie war es daher, im Rahmen einer postalischen Befragung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen deren Kriterien bei der Auswahl einer Pflegeeinrichtung zu ermitteln. Bei der Fragebogenkonstruktion wurden bereits entwickelte Qualitätskriterien berücksichtigt (vgl. ABK, 2007; BMFSFJ, 2000; IfD Allensbach, 2009; Geraedts, 2011). Insgesamt wurden den Befragten 79 Qualitätskriterien zur Auswahl gestellt. Die Kriterien lassen sich zehn Qualitätsbereichen zuordnen: Lage und Erreichbarkeit, Wohnen und Ausstattung, Kosten, Essen und Trinken, Pflege, medizinische Versorgung, Freizeitaktivitäten, Wäsche und Reinigung, Lebensführung und Privatsphäre sowie soziale Kontakte.

Die Befragten hatten die Möglichkeit einzuschätzen, wie bedeutsam jedes Kriterium und jeder Qualitätsbereich bei der Auswahl einer stationären Pflegeeinrichtung für sie ist. Differenziert werden konnte in fünf Abstufungen von „überhaupt nicht wichtig“ bis „entscheidend“. Diese Art der Abbildung von Präferenzen erlaubt einen Mittelvergleich, wobei ein umso höherer Wert eine größere Wertigkeit widerspiegelt.

Insgesamt betrachtet fällt das Informationsbedürfnis der Befragten recht hoch aus und viele Kriterien haben eine Relevanz als Entscheidungsgrundlage. So erreichen allein 24 Kriterien einen höheren Mittelwert als vier, das heißt sie werden von den Versicherten als sehr wichtig erachtet. Im Vergleich aller erfassten Qualitätskriterien weist das Item „respektvolles Verhalten des Personals“ den höchsten Mittelwert in der Präferenzsetzung auf (Mittelwert 4,3; n=4.808). Dies entspricht den Ergebnissen von Geraedts et al. (2011), die in ihrer

Studie zeigten, dass bei der Auswahl einer Pflegeinstitution für Verbraucher/- innen das Kriterium „respektvoller Umgang mit den Pflegebedürftigen“ von größter Wichtigkeit ist.

Generell haben personalbezogene Kriterien eine hohe Relevanz für die Befragten. Darunter fallen gut ausgebildetes Pflegefachpersonal sowie eine ausreichende Pflegepersonaldichte, eine muttersprachliche Pflege und ein seltener Personalwechsel innerhalb der Pflegeeinrichtung. Eng verknüpft mit der Qualität des Personals ist die Qualitätsdimension „Pflegerische Versorgung“. Sehr hoch bewerteten die Befragten entsprechend eine sorgfältig durchgeführte Pflege, eine an die Bedürfnisse angepasste Pflege und ausreichend Zeit für die Pflege.

Angehörige nehmen eine zentrale Rolle bei der Suche, Auswahl und Beurteilung einer Pflegeeinrichtung ein. Sie beeinflussen den Entscheidungsprozess oftmals maßgeblich (vgl. Kelle et al., 2014; Roth, 2002). Die Ergebnisse dieser Studie bestätigen dies: Bei knapp der Hälfte der stationär versorgten Befragten (48,1 %) haben Angehörige die Pflegeeinrichtung ausgesucht. Ein gutes Drittel (32,9 %) der ambulant Versorgten gibt an, dass ein Angehöriger das Pflegeheim aussuchen sollte.

Die Befragten der vorliegenden Studie sind pflegebedürftig und hohen Alters (Durchschnittsalter 80,3 Jahre). Es handelt sich um eine vulnerable Gruppe, bei welcher die vergleichsweise begrenzten Ressourcen zur selbstständigen, alleinigen Entscheidungsfindung bei der Auswahl einer Pflegeeinrichtung hoch bedeutsam sind. Die Differenz zwischen den Angaben der stationär und ambulant Versorgten könnte mit höheren Autonomieressourcen seitens der ambulant Gepflegten erklärt werden. Des Weiteren werden Entscheidungen für die Wahl einer Pflegeeinrichtung häufig unter Handlungsdruck getroffen.

Die vorliegende Studie vergleicht verschiedene Verbraucherperspektiven. Diese hier festgestellte nahezu kongruente Präferenzsetzung der beiden Verbrauchergruppen „Angehörige“ und „Pflegebedürftige“ ist im Vergleich zu anderen Studien eher überraschend, da in jenen vermehrt auf eine Divergenz zwischen der Perspektive der Pflegebedürftigen und der Angehörigen hingewiesen wird (vgl. Josat, 2005; Josat, 2006; Curry & Stark, 2000). Josat et al. (2006) zeigen auf Basis ihrer Literaturanalyse von 13 internationalen Forschungsarbeiten beispielsweise auf, dass für Pflegebedürftige meist solche Qualitätskriterien besonders wichtig sind, welche die autonome Lebensführung und Gestaltung der sozialen Kontakte betreffen. Angehörige hingegen legen einen gesteigerten Wert auf das „Wohlfühlen“ des Pfl-

gebedürftigen sowie auf die Qualität der Versorgung, das Personal sowie die Lage und Erreichbarkeit. Die grundsätzlichen Präferenzsetzungen der befragten Pflegebedürftigen und Angehörigen in der hier vorgelegten Studie stimmen jedoch weitestgehend überein: So werden die Qualitätsbereiche „Pflege“, „Kosten“ und „Medizinische Versorgung“ von beiden Untergruppen in derselben Reihenfolge als entscheidend für die Auswahl einer Pflegeeinrichtung angegeben. Es lassen sich lediglich punktuell Bewertungsunterschiede durch die Befragungsteilnehmer/-innen (Pflegebedürftiger vs. Angehöriger) feststellen. Beispielsweise messen Pflegebedürftige Items, welche Mitbestimmungsoptionen operationalisieren, zwar insgesamt eine recht niedrige aber dennoch höhere Bedeutung bei, als es die Angehörigen tun. Das sind insbesondere ein Mitspracherecht bei Heimangelegenheiten, eine Einflussnahme auf die Freizeitgestaltung, die Möglichkeit, alltägliche Dinge selbst erledigen oder auch über den Tagesablauf selbst bestimmen zu können.

Weiterhin bezieht die Studie Pflegebedürftige ein, die derzeit in ihrem Privathaushalt versorgt werden sowie Pflegebedürftige, die in einer stationären Einrichtung leben. Ein systematischer Vergleich dieser beiden Gruppen sollte zeigen, inwieweit Erfahrungswerte im Zuge eines Heimaufenthalts eventuell zu anderen Präferenzmustern führen. Erstaunlicher Weise sind die Bewertungsunterschiede auch bei diesen Subgruppen eher gering. Der größte Unterschied zwischen ambulant und stationär Versorgten manifestiert sich in der Gesamtbewertung der Qualitätsbereiche. So ist ambulant Versorgten die Klärung von Kostenaspekten am dringlichsten, gefolgt von der Pflege, der medizinischen Versorgung sowie der Lebensführung und Privatsphäre. Für die befragten Heimbewohner/-innen hat die pflegerische Versorgung höchste Relevanz. Ähnlich wichtig wie die Kosten und medizinische Versorgung sind den bereits stationär Versorgten die Lage und Erreichbarkeit der Pflegeeinrichtung.

Zentraler Gegenstand der vorliegenden Studie war es außerdem, jenseits der Auswahlkriterien auch Informationsquellen und Suchstrategien für eine stationäre Pflegeeinrichtung zu erfassen. Hasseler (2014) betont den Erkenntnismangel zu verbraucher-spezifischen Informationsbedarfen über stationäre Pflegeangebote und verweist auf die Notwendigkeit einer nutzeradjustierten Informationsvermittlung (Hasseler, 2014). In der aktuellen Diskussion hinsichtlich einer verbraucherorientierten Qualitätsberichterstattung wird insbesondere auf den Ausbau und die Optimierung der Informationslage im Onlinebereich hingewiesen, da

dort von Verbraucher/-innen Informationen leicht und frei zugänglich eingeholt werden können (vgl. Strotbek et al., 2017). Es besteht Konsens darüber, dass dies eine wichtige Möglichkeit darstellt, einem breiten Publikum Überblick über die Qualität von Pflegeeinrichtungen zu ermöglichen. Allerdings zeigt sich in der vorliegenden Versichertenbefragung, dass das Internet als Informationsquelle von nur etwa einem Viertel der Befragten genutzt wird. Hauptsächliche Informationsquelle sind Freunde und Bekannte aber auch Empfehlungen von Ärztinnen und Ärzten. Am häufigsten erfolgt die Entscheidung für eine Pflegeeinrichtung auf Grundlage persönlicher Besichtigungen (73,3 Prozent der Gesamtstichprobe). Mehr als die Hälfte der insgesamt Befragten beruft sich auf Empfehlungen von Freunden, Bekannten oder Familienmitgliedern. Daneben wird der Austausch mit den Bewohnerinnen und Bewohnern gesucht, um Erfahrungsberichte „aus erster Hand“ zu erhalten. Empfehlungen von Beratungsstellen werden von einem geringen Teil der Befragten für den Entscheidungsprozess in Anspruch genommen. So haben lediglich knapp neun Prozent der bereits stationär Versorgten eine Pflegeeinrichtung mit Hilfe einer solchen Empfehlung ausgewählt.

Die ermittelten Präferenzsetzungen sind von praktischer Bedeutung für die Qualitätsberichterstattung: So ist die Verfügbarkeit von spezifischen Informationen zur Personalausstattung für Angehörige und Pflegebedürftige ein unbedingtes Muss (z. B. Personalschlüssel, -zusammensetzung, -fluktuation). Da die Personalausstattung unmittelbaren Einfluss auf die Qualität der Pflege nimmt, dienen diese Informationen zugleich der Einschätzung pflegebezogener Qualitätskriterien. Weiterhin ganz vorn rangiert das Informationsbedürfnis hinsichtlich der Kosten und Finanzierung eines Pflegeheimplatzes. Aufklärung und Anleitung zu Finanzierungsmöglichkeiten sind gefragt sowie eine transparente Kostenaufschlüsselung. Bezüglich der medizinischen Versorgung wünschen sich die Befragungsteilnehmer/-innen Informationen darüber, ob Angehörige bei medizinischen Entscheidungen miteinbezogen werden können. Dies gilt ebenso für eine direkte Versorgung durch Haus- und Fachärzte vor Ort im Pflegeheim sowie für eine 24-Stunden Ärztlerufbereitschaft.

Eine verbesserte Pflegeberichterstattung erfordert jedoch nicht nur die Kenntnis von Informationsbedarfen, sondern auch das Wissen um gängige Suchstrategien und angemessene Informationswege. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie legen nahe, Besichtigungsangebote für Pflegebedürftige und Angehörige und Begegnungsmöglichkeiten mit Bewohner-

innen und Bewohnern auszubauen. Weiterhin sollte geprüft werden, inwieweit (Haus-) Ärztinnen und Ärzte Auswahlprozesse unterstützen können. Auch wenn in vielen Fällen die Angehörigen den größten Einfluss auf die Auswahl einer Einrichtung haben, sollten sich Entscheidungshilfen und Informationsangebote primär an den Bedürfnissen und Wünschen der Pflegebedürftigen orientieren. Dementsprechend sollte es einer nutzerorientierten Qualitätsberichterstattung gelingen, die zukünftigen Bewohner/-innen gezielt anzusprechen und ihre Wünsche zu berücksichtigen.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie weisen darauf hin, dass sich Pflegebedürftige und deren Angehörige vor der unausweichlichen Entscheidung für eine stationäre Pflegeeinrichtung wenig mit dem Thema „Pflegeheim“ zu beschäftigen scheinen. So war ein Großteil der Befragten erstmals im konkreten Fall mit der Auswahl einer Pflegeeinrichtung konfrontiert. Eine wirksame Pflegeberichterstattung muss also ihre (potenziellen) Nutzer/-innen zu einem Zeitpunkt im Lebenszyklus erreichen, der ihnen ausreichend Zeit sowie Teilhabe am Auswahlprozess erlaubt.

Die Verarbeitung des kritischen Lebensereignisses „Umzug in ein Pflegeheim“ gelingt umso besser, desto gezielter und bewusster dieser Umbruch im Vorfeld geplant wurde (vgl. Walter, 1995; Klingefeld, 1999). Daher ist eine Berichterstattung erforderlich, die einer gesellschaftlichen Tabuisierung entgegenwirkt und das Leben in einer Pflegeeinrichtung als eine selbstverständliche Option vermittelt.

Literatur

- AOK-Bundesverband (2017). AOK Pflegenavigator. Zuletzt abgerufen am 09.10.2017 von: <https://www.pflege-navigator.de/>.
- Arbeitsgemeinschaft Berliner Koordinierungsstellen (2007). Rund ums Alter. Verbraucherinformationen. Nr.12 Checkliste Pflegeheim.
- Berekoven, L., Eckert, W., Ellenrieder, P. (2006). Marktforschung. Methodische Grundlagen und praktische Anwendung. 11. Aufl. Wiesbaden: Gabler.
- Bertelsmann Stiftung (Hrsg) (2017). Reformkonzept. Verbraucherorientierte Qualitätsberichterstattung in der Pflege. Gütersloh.
- Bolz, H. (2016). Bedeutung und Ziele einer Befragung von Pflegekunden. In: Befragung von Pflegekunden. Zielsetzung - Inhalte - Planung - Umsetzung. Wiesbaden: Springer.
- Breuninger, K., Fler, B., Gansweid, B., Kimmel, A. (2017). Die Selbständigkeit als Maß der Pflegebedürftigkeit. Das neue Begutachtungsinstrument der sozialen Pflegeversicherung. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (Hrsg). Essen.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2000). Auf der Suche nach einem Heim. Leitfaden zur Wahl eines Pflegeplatzes.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2007). Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuGIV) - Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispiele für "Good Practice" - Integrierter Abschlussbericht. In: U. Schneekloth, H. Werner-Wahl (Hrsg.). Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. München.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2014). Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen.
- Curry, A., Stark, S. (2000). Quality of service in nursing homes. Health services management research, 13(4), 205-215.
- Destatis (2017). Pflegestatistik 2015 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse.
- Deutsches Ärzteblatt (2007). AOK: Pflegeheim-Navigator erleichtert die Recherche. Medien Meldung, 104 (13).
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. The Milbank memorial fund quarterly, 44(3), 166-206.
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. Milbank Quarterly, 83(4), 691-729.
- Duffy, J. A., Duffy, M., Kilbourne, W. E. (2001). A comparative study of resident, family and administrator expectations for service quality in nursing homes. Health Care Management Review, 26(3), 75-85.
- DVK (2015). Pflegestudie - Ergebnisbericht. DKV Deutsche Krankenversicherung AG - Gesundheitsversicherung der ERGO. Zuletzt abgerufen am 25.10.2017 unter <http://www.ergo.com/de/Mediathek>.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009): Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behavior Research Methods, 41, 1149-1160.
- Geraedts, M. (2006). Qualitätsberichte deutscher Krankenhäuser und Qualitätsvergleiche von Einrichtungen des Gesundheitswesens aus Versichertensicht. In: Böcken, J., Braun, B., Amhof, R.,

- Schnee, M. (Hrsg.). Gesundheitsmonitor 2006. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten. Gütersloh, 154-170.
- Geraedts, M. (2008). Informationsbedarf und Informationssuchverhalten bei der Arztsuche. In: Böcken, B., Braun, B. Amhof, R. (Hrsg.). Gesundheitsmonitor 2008. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung. Gütersloh, 29-47.
- Geraedts, M., Brechtel, T., Zöll, R., Hermeling, P. (2011). Beurteilungskriterien für die Auswahl einer Pflegeeinrichtung. In: J. Böcken, B. Braun, & U. Repschläger (Hrsg.). Gesundheitsmonitor 2011. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK; 155-172. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung
- Hasseler, M., Wolf-Ostermann, K. (2010). Wissenschaftliche Evaluation zur Beurteilung der Pflege-Transparenzvereinbarungen für den ambulanten (PTVA) und stationären (PTVS) Bereich. URL: <http://www.aph-bundesverband.de/downloads/373.pdf> (aktuell am 21.11. 2010).
- Hertzberg, A., Ekman, S. L., Axelsson, K. (2001). Staff activities and behaviour are the source of many feelings: relatives' interactions and relationships with staff in nursing homes. *Journal of clinical nursing*, 10(3), 380-388.
- IfD Allensbach (2009). Pflege in Deutschland. Ansichten der Bevölkerung über Pflegequalität und Pflegesituation. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung. Zuletzt abgerufen am 20.07.2017 von <http://www.mk-kliniken.de/pdf/presse/Allensbach-Studie.pdf>.
- Josat, S. (2005). Welche Qualitätskriterien sind Angehörigen in der stationären Altenpflege wichtig? Eine Einzelfallstudie. *Pflege*, 18(3), 169-175.
- Josat, S., Schubert, H.-J., Schnell, M. W., Köck, C. (2006). Qualitätskriterien, die Altenpflegeheimbewohnern und Angehörigen wichtig sind – Eine Literaturanalyse. *Pflege*, 19(2), 79-87.
- Kämmer, K. H. (2008). Altenhilfe in einer Gesellschaft des langen Lebens Pflegemanagement in Altenpflegeeinrichtungen (Vol. 5). Hannover: Schülersche Verlagsgesellschaft mbH & CoKg.
- Kelle, U.; Metje, B.; Niggemann, C. (2014). Datenerhebung in totalen Institutionen als Forschungsgegenstand einer kritischen gerontologischen Sozialforschung. In: Amann, A.; Kolland, F. (Hrsg.). *Das erzwungene Paradies des Alters? Weitere Fragen an eine Kritische Gerontologie*. Wiesbaden: Springer VS, 175-206, 2. überarbeitete Auflage.
- Kleina, T. (2014). Mobilität und Bewegungsfähigkeiten von Nutzern stationärer Langzeitversorgung - Ergebnisse einer Analyse von Studienergebnissen und Versorgungsdaten. In: *Pflege & Gesellschaft*. 19. Jg. 2014, H.2. Beltz Juventa.
- Klingensfeld, H. (1999). Heimübersiedlung und Lebenszufriedenheit älterer Menschen. Person- und Umweltfaktoren und ihr Einfluss auf die Anpassungsleistung an das Heimleben. In: *Europäische Hochschulschriften, Reihe VI Psychologie, Bd./Vol. 643*. Europäischer Verlag der Wissenschaften. Frankfurt am Main.
- Küpper, H., Cvetkovski, J. (2006). Entscheidungskriterien zur Auswahl einer Senioreneinrichtung-Eine Erhebung in der Stadt Aachen.
- Kuhlmey, A., Suhr, R., Blüher, S., Dräger, D. (2013). Das Risiko der Pflegebedürftigkeit: Pflegeerfahrungen und Vorsorgeverhalten bei Frauen und Männern zwischen dem 18. und 79. Lebensjahr. In: Böcken, J., Braun, B., Rapschläger, U. (Hrsg.). *Gesundheitsmonitor 2013*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Lavizzo-Mourey, R. J., Zinn, J., Taylor, L. (1992). Ability of surrogates to represent satisfaction of nursing home residents with quality of care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 40(1), 39-47.
- Maaß, C. (2015). *Leichte Sprache. Das Regelbuch*, Münster: Lit Verlag, 2015.

- Mishara, B. L., McKim, W. (1993). Methodological Issues in Surveying Older Persons Concerning Drug Use. *The International Journal of the Addictions*, 28, No. 4, 305-326.
- Mittnacht, B. (2010). *Qualitätsentwicklung und Nachhaltigkeit im Kontext häuslicher Pflegearrangements: Entwicklungstrends und Perspektiven*. Düsseldorf: Jacobs Verlag.
- Nübling, R., Kriz, D., Kress, G., Schrempp, C., Löschmann, C. & Schmidt, J. (2004). Angehörigenbefragungen - Potentiale für das interne Qualitätsmanagement in Altenpflegeeinrichtungen. *Gesundheitswesen*, 66, 380-386.
- Prüfer, P., Vazansky, L., Wystup, D. (2003). Antwortskalen im ALLBUS und ISSP. Eine Sammlung. ZUMA-Methodenbericht 2003/11.
- Rantz, M. J., Zwygart-Stauffacher, M., Popejoy, L., Grando, V. T., Mehr, D. R., Hicks, L. L., Bostick, J. (1999). Nursing home care quality: A multidimensional theoretical model integrating the views of consumers and providers. *Journal of nursing care quality*, 14(1), 16-37.
- Reinecke, J. (2005). *Gewichtung und Fehlerquellen*. Universität Bielefeld.
- Robert-Koch-Institut (2009). *Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: Robert Koch Institut.
- Roth, G. (2002). *Qualität in Pflegeheimen*. Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V., Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund - Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Schenk, L., Meyer, R., Behr, A., Kuhlmeier, A., Holzhausen, M. (2013). Quality of Life in Nursing Homes: Results of a Qualitative Resident Survey. *Quality of Life Research* (2013) 22:2929–2938.
- Stemmer, R., Arnold, J. (2014). *Expertise zur Eignung von Indikatoren zur Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in der stationären Pflege im Bereich der sozialen Pflegeversicherung*. Mainz: IKJ ProQualitas GmbH.
- Schnell, R., Hill, P. B., Esser, Elke (1999). *Methoden der empirischen Sozialforschung*. 6. Aufl. München: Oldenbourg.
- Statistisches Bundesamt (2015). *Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2012). *Bildungsstand der Bevölkerung 2012*. Wiesbaden.
- Strotbek, J., Etgeton, S., Palmowski, S., Schuhen, A., Schmuhl, M. (2017). *Reformkonzept Verbraucher/-innenorientierte Qualitätsberichterstattung in der Pflege - Anforderungen und Lösungsvorschläge mit besonderem Blick auf Lebensqualität, Personalausstattung und Erfahrungswissen*. Weiße Liste, Bertelsmann Stiftung: Gütersloh.
- Walter, H. (1995). *Das Alter leben! Herausforderungen und neue Lebensqualitäten*. Wissenschaftliche Buchgesellschaft. Darmstadt.
- Wingenfeld, K., Engels, D., Engel, H., Franz, S., Kleina, T., & Mehlan, S. (2011). *Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe*. Bielefeld; Köln.
- Witte, C., Zahn, T.P., Neuwirth, J. (2016). *Pflegeentwicklung im Nordosten. Pflegereport 2015 der AOK Nordost Gesundheitswissenschaftliches Institut Nordost (GeWINO) der AOK Nordost. Regionale Entwicklungen und Verläufe der Pflege im Alter zwischen 2010 und 2014*. Berlin.

