

Aus dem Institut für Medizinische Soziologie und
Rehabilitationswissenschaft
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Messung von subjektiver Lebensqualität in der stationären
Pflege. Entwicklung und qualitative Validierung eines
Fragebogeninstrumentes

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor rerum medicinalium (Dr. rer. medic.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Roger Meyer

aus Adenau

Datum der Promotion: 17.09.2021

Inhaltsverzeichnis

Abstract (Deutsch)	1
Abstract (Englisch)	2
Manteltext	4
1. Einleitung und Fragestellung	4
2. Methodik	7
Konstruktion der ursprünglichen Basisversion des QUISTA - Messinstruments	7
Pretest: Analyse von Validitätsproblemen der ursprünglichen Basisversion mittels kognitiver Interviewtechniken	9
3. Zentrale innovative Ergebnisse	11
Einfache Gestaltung des Erhebungsinstruments ohne Differenzierungsverlust sowie Minimierung der Erzähltendenz	12
Präferenzsetzung: Operationalisierung anhand von „Wünschen“	14
4. Weiterführende wissenschaftliche und praktische Implikationen	16
Qualitative Validierung von Erhebungsinstrumenten	16
Vielfältige Möglichkeiten in der Praxis	17
5. Limitationen	19
6. Literaturverzeichnis	21
Eidesstattliche Versicherung	26
Anteilerklärung an der erfolgten Publikation	27
Auszug aus der Journal Summary List	28
Publikation	31
Lebenslauf	46
Publikationsliste	49
Danksagung	51

Abstract (Deutsch)

Messung von subjektiver Lebensqualität in der stationären Pflege. Entwicklung und qualitative Validierung eines Fragebogeninstrumentes

Hintergrund

In Deutschland wächst der Anteil an dauerhaft in Heimen versorgten Pflegebedürftigen. Die zunehmende Bedeutung der stationären Pflege korrespondiert mit einer zunehmenden Nachfrage nach Instrumenten, die die Lebensqualität in den Pflegeheimen messen. Lebensqualität im Kontext institutionalisierter Pflege weist Besonderheiten auf, so dass vorhandene Instrumente aus der ambulanten Pflege oder anderen Lebensbereichen nicht ohne Weiteres auf den Kontext stationärer Pflege übertragen werden können. Im Rahmen von QUISTA wurde daher ein Befragungsinstrument zur Messung von „subjektiver“ Lebensqualität in Pflegeheimen entwickelt. Im Zentrum der vorliegenden Arbeit steht die qualitative Validierung dieses Messinstrumentes.

Methode

Für die Entwicklung von Befragungsinstrumenten zum Einsatz bei vulnerablen Untersuchungspopulationen werden qualitative Interviewtechniken empfohlen. Mittels kognitiver Interviewtechniken wurde bei zunächst 16 Bewohner*innen aus vier Pflegeeinrichtungen analysiert, wie die Frage- und Antwortitems des Befragungsinstrumentes interpretiert und verarbeitet wurden. Im Rahmen des Ansatzes der kognitiven Interviewtechnik wurde das Antwortverhalten insbesondere als Ergebnis vier zentraler kognitiver Verarbeitungsschritte verstanden und analysiert. Anschließend wurde das Instrument auf dieser Basis optimiert und bei weiteren 9 Bewohner*innen getestet.

Ergebnisse

Konstruktionsprinzip von QUISTA ist die Gegenüberstellung von Einschätzungen der aktuellen Gegebenheiten (Ist-Ebene) und individuellen Präferenzsetzungen (Soll-Ebene). Methodische Schwierigkeiten betrafen u. a. die Struktur des Instruments (Konfundierung von Ist- und Soll-Ebene), den Differenzierungsgrad der Antwortkategorien, eine nicht intendierte Erzähl tendenz sowie die Operationalisierung von Präferenzen. Präferenzen werden nach der Optimierung indirekt anhand des Wunsches nach einer Verbesserung des aktuellen Zustands erfasst. Dies ermöglicht den idealtypischen Charakter der Fragen zu erhöhen, gleichzeitig aber die Präferenzen auf die tatsächlichen Gegebenheiten zu beziehen. Weiterhin wurden die Reihung von Soll- und Ist-Ebene getauscht, Frage- durch Aussageformate ersetzt, alltagsnahe und im Wortlaut gut unterscheidbare Antwortkategorien eingesetzt.

Schlussfolgerung

Kognitive Interviews eignen sich für vulnerable Populationen wie pflegebedürftige Heimbewohner*innen und liefern wertvolle Erkenntnisse bei der Entwicklung von Befragungsinstrumenten. Schwierigkeiten können nicht nur identifiziert, sondern auch erklärt und somit optimierend behoben werden. Aufgrund der normativen Bedeutung von Lebensqualität sollten die Ergebnisse von Lebensqualitätsmessungen verstärkt zur Bewertung von Versorgungskonzepten und für Allokationsentscheidungen auf der Meso- und Makroebene berücksichtigt werden.

Abstract (Englisch)

Measuring subjective quality of life in residential care settings: Development and qualitative validation of a survey instrument

Background

In Germany, the proportion of people being cared for permanently in nursing homes is increasing. This rising importance of inpatient care corresponds to a growing demand for instruments to measure quality of life in nursing homes. Quality of life in the context of institutionalized care includes setting-specific aspects, which means that existing instruments used in domiciliary care or other settings cannot be easily transferred to the context of inpatient care. A survey instrument to measure 'subjective' quality of life in residential care facilities was therefore developed as part of QUISTA. The qualitative validation of this instrument lies at the core of the work presented here.

Method

Qualitative interviewing techniques are recommended for the development of survey instruments to be used with vulnerable study populations. Using cognitive interview techniques, the responses of 16 residents from four care facilities were analyzed initially to see how the question and answer items of the survey instrument had been interpreted and processed. Within the framework of this cognitive interviewing approach, response behavior was analyzed and understood to be the result of four central cognitive processing steps. The instrument was then optimized on the basis of these results and tested with a further 9 residents.

Results

The construction principle underlying QUISTA is a comparison of respondents' assessment of their current situation ('actual' state) with their personal preferences ('desired' state). Methodological difficulties included, amongst others, the structure of the instrument (confounding of the 'actual' with the

'desired' state), the degree of differentiation between response categories, an unintended tendency towards narration and the operationalization of preferences. After optimization, preferences are recorded indirectly, i.e. based on the expressed desire to improve the current state. This enables the ideal type character of the questions to be increased, and preferences to be related to the actual situation at the same time. Furthermore, the order of desired and actual state was reversed, questions were replaced by statements, and response categories were used that relate to everyday life and are clearly distinguishable from one another in their wording.

Conclusion

Cognitive interviews are suitable for vulnerable populations such as nursing home residents, and provide valuable insights for the development of survey instruments. Difficulties can not only be identified, but also explained and thus eliminated through optimization. Based on the normative significance of quality of life, the results of quality of life measurements should increasingly be considered when assessing service provision concepts and making allocation decisions at the meso- and macro-levels.

Manteltext

Der vorliegende Manteltext zeigt die Entwicklung eines Befragungsinstrumentes zur Wahrnehmung subjektiver Lebensqualität in der stationären Langzeitpflege und die Ergebnisse einer qualitativen Validierung dieses Instrumentes. Teilergebnisse der vorliegenden Arbeit wurden veröffentlicht in Meyer et al. (1) sowie Schenk et al. (2). Um Redundanzen zwischen Manteltext und zugrundeliegenden Artikel zu minimieren, wird die Entwicklung des Erhebungsinstrumentes in einen breiteren Kontext gestellt und weiterführend gezeigt, welche pflegepolitische Relevanz die wissenschaftliche Entwicklung des Instruments im Kontext der deutschen Kontroverse um die Messung und Darstellbarkeit von Qualität in der stationären Pflege hat. Dies impliziert Überlegungen, wie das Instrument in der Praxis einsetzbar ist und welchen Mehrwert es für die aktuelle Qualitätsdebatte liefern kann. Ziel ist es weiterhin darzulegen, wie die Ergebnisse aus der qualitativen Validierung zu einer validen Erhebung von Lebensqualität der vulnerablen Gruppe der Bewohner*innen von Pflegeheimen beitragen können. Da das methodische Vorgehen im Originalartikel ausführlich beschrieben wurde, beschränkt sich die Zusammenfassung auf wesentliche methodische Aspekte und ergänzt dabei die vom Forscherteam im Originalartikel nicht beschriebenen Vorarbeiten bei der Entwicklung des Erhebungsinstrumentes QUISTA.

1. Einleitung und Fragestellung

Mit dem steigenden Anteil von dauerhaft in Heimen versorgten pflegebedürftigen Menschen ist in den letzten Jahren das öffentliche Interesse an Fragen der Lebensqualität in Altenpflegeheimen gewachsen. Aus Gründen der Patient*innen- beziehungsweise Bewohner*innenorientierung wird dem Konzept der subjektiven (selbst berichteten) und umfassenden Lebensqualität als Bewertungskriterium für medizinisch-pflegerische Fragestellungen zwar eine hohe ethische Bedeutung zugesprochen, in der Anwendung erfährt das Konzept jedoch erhebliche Schwierigkeiten (3). Zu erklären ist dies auch damit, dass die Messung dieser Form der Ergebnisqualität methodisch anspruchsvoller ist als die Messung der Input-Größen Struktur- und Prozessqualität (4). Das gesteigerte Interesse und die hohe Bedeutung an Fragen der Lebensqualität in stationären Pflegeeinrichtungen ist gepaart mit einem entsprechenden Bedarf an geeigneten Instrumenten zur Erfassung und Darstellung dieser Qualität (5). Ein allgemein akzeptiertes Konzept, was subjektive Lebensqualität im Pflegeheim bedeutet und wie sie gemessen werden kann, gibt es indes nicht (6, 7).

Trotz einer Fülle von Untersuchungen zu Fragen der Lebensqualität stehen Menschen, die ihr Lebensende in einem Pflegeheim verbringen, selten im Mittelpunkt des Forschungsinteresses. Dies liegt unter anderem daran, dass sich der Zugang zur institutionalisierten Gruppe der Pflegeheimbewohner*innen als schwierig erweist. Viele der im Pflegeheim eingesetzten Qualitätserhebungsinstrumente basieren gegenwärtig daher auf dem Ansatz „objektiver Lebensbedingungen“. Lebensqualität ist in dieser

Betrachtungsweise das Ausmaß, in welchem einer Person bestimmte beobachtbare Lebensbedingungen zur Verfügung stehen. Die Messung dieser Lebensbedingungen durch externe Personen kann zwar Aufschluss über ein "Mehr" oder "Weniger" geben und somit potenziell als Instrument zur Beseitigung von Mängelzuständen fungieren. Welche Bedeutung aber der Einzelne diesen Komponenten zumisst, bleibt ebenso im Dunkeln wie die persönliche Zufriedenheit mit diesen Lebensumständen (subjektive Lebensqualitätsperspektive).

Das Konzept der subjektiven Lebensqualität wird als vielversprechendes Verfahren erachtet, Defizite und Verbesserungsmöglichkeiten aus individueller Nutzerperspektive aufzudecken und zu einer Bewertung von Versorgungsstrukturen beizutragen (8, 9). Der Einzug des Lebensqualitätsbegriffs in das Pflegestärkungsgesetz II steht exemplarisch für diese gewachsene Relevanz und zeugt von einer veränderten paradigmatischen Verständnis von Qualität in der Pflege, bei dem eine Weiterentwicklung von Qualität nur unter Einbeziehung der Perspektive der Betroffenen als zentrale Stakeholder möglich ist (10).

Bei dem seit Oktober 2019 geltenden Qualitäts- und Prüfsystem für die vollstationäre Pflege, welches die Qualitätssicherung im Rahmen der Pflegeversicherung neu ordnet, ist festzustellen, dass das Erfahrungswissen von Betroffenen auf Basis von systematischen Bewohner*innenbefragungen jedoch keine Rolle mehr spielt. Auch wenn die Aussagekraft und Wissenschaftlichkeit der bis dahin durchgeführten Bewohnerbefragungen zur Erhebung von Lebensqualitätsaspekten vielfach kritisiert wurde, wird es als konzeptioneller Rückschritt bewertet, dass der neue „Pflege-TÜV“ auf diese bedeutsame Erhebungsform nunmehr gänzlich verzichtet (11). Weiterhin wird kritisiert, dass das neue Prüfsystem vor allen Dingen adverse Ereignisse und negativen Outcomes in der pflegerischen Versorgung misst (12).

Eine Analyse gängiger Instrumente zur Erhebung von Lebensqualität in der stationären Pflege zeigt, dass diese sich oftmals auf pflegerische oder gesundheitsbezogene Versorgungsaspekte begrenzen und den multidimensionalen Charakter von Lebensqualität unterschätzen (13). Da in einer umfassenden Versorgungssituation von vulnerablen Pflegeheimbewohner*innen die Verbesserung oder Aufrechterhaltung gesundheitsbezogener Aspekte nicht ein alleiniges Ziel darstellt, fordern Gerritsen et al. (14) auf Basis des von ihnen entwickelten Rahmenmodells zur Beurteilung konzeptioneller Zweckmäßigkeit von Instrumenten zur Messung von Lebensqualität im Pflegeheim, sich inhaltlich nicht auf gesundheitsbezogene Aspekte zu begrenzen, sondern weitere relevante Dimensionen miteinzubeziehen (13, 15–17). Während in der klassischen Krankenversorgung eine Messung gesundheitsbezogener Lebensqualität angemessen erscheint, gebietet eine menschenwürdige Pflege es, bei der Messung von Lebensqualität die Gesamtsituation der Betroffenen miteinzubeziehen (18). Dafür spricht auch, dass Pflegeheimbewohner*innen mit dem Begriff Lebensqualität subjektiv eine umfangreiche Bandbreite von Dimensionen assoziieren, die soziale, psychische und umweltbezogene

Aspekte sowie positive Empfindungen wie Wohlbefinden und Zufriedenheit miteinbeziehen (19). Obwohl klinische oder pflegfachliche Indikatoren für die Betroffenen nur einen Ausschnitt einer Vielzahl von wichtigen Lebensqualitätsaspekten ausmachen, wurde es in Deutschland jedoch verpasst, Qualitätsindikatoren zu entwickeln, welche die Darstellung einer umfassenden und multidimensionalen Perspektive erlauben (20).

Ein weiteres Manko existierender Erhebungsinstrumente wird darin gesehen, dass diese individuelle Prioritätensetzungen weitgehend außer Acht lassen (21–23). Empfohlen werden insbesondere für ältere Menschen aufgrund unterschiedlicher biographischer Erfahrungen solche Ansätze, welche Lebensqualität als die subjektive Verwirklichung in bedeutenden Dimensionen verstehen (24). Davon ausgehend, dass die subjektive Lebensqualität von Menschen auch mit ihren persönlichen Präferenzen zusammenhängen (sogenannte Präferenztheorie), sollte die Entwicklung des Erhebungsinstrumentes die gerade im hohen Alter vorzufindende Verschiedenheit von menschlichen Werten berücksichtigen und diese in Form von Präferenzen abbilden (25).

Zu berücksichtigen war bei Entwicklung des Erhebungsinstrumentes des Weiteren der hohe Abhängigkeitsgrad der Bewohner*innen gegenüber dem Pflegepersonal und das damit einhergehende Machtungleichgewicht, welches zu sozial erwünschten Antwortverhalten führen kann (4, 16). Analysen von Erhebungsdaten auf Basis klassischer globaler Zufriedenheitsbefragungen in Pflegeheimen deuten darauf hin, dass Antwortverzerrungen zu positiven Bewertungen bestehen (16, 26). Auch körperliche und kognitive Einschränkungen der Befragten stellen eine Besonderheit im Vergleich zu anderen Befragungssituationen dar. Zu berücksichtigen hatte die Konstruktion des Messinstrumentes, dass es sich bei Pflegeheimbewohner*innen um eine vulnerable und daher teilweise schwer befragbare Gruppe handelt. Ein besonderes Augenmerk bei der Konstruktion des Instrumentes musste somit auf Praktikabilität und einfache Verständlichkeit (kognitive Erfahrbarkeit) gelegt werden. Die wesentliche Herausforderung bestand schließlich darin, das Erhebungsinstrument zwar einfach und klar zu gestalten, gleichzeitig jedoch möglichst gute Differenzierungsmöglichkeiten zuzulassen (27).

Aufgrund der beschriebenen Defizite wurde in einem mehrstufigen Verfahren ein standardisiertes Instrument zur Messung von subjektiver Lebensqualität in stationären Pflegeeinrichtungen (QUISTA - Lebensqualität in der stationären Altenpflege) entwickelt, das Lebensqualität quantitativ messbar macht (2).

Bei der Konstruktion des Messinstrumentes wurden folgende Anforderungen berücksichtigt: 1) Das Instrument soll jene Bereiche abbilden, die den jeweiligen Bewohner*innen subjektiv wichtig sind (Soll-Zustand) und diese mit der tatsächlichen Bewertung (Ist-Zustand) in Relation setzen. 2) Lebensqualität soll dabei umfassend abgebildet werden, also möglichst alle für die Lebensqualität als zentral erachteten Bereiche beinhalten. Lebensqualität soll sich also nicht auf pflegesensitive, gesundheitsbezogene und/oder haushaltswirtschaftliche Versorgungsaspekte begrenzen.

Im Mittelpunkt dieses Beitrags steht die Entwicklung und Optimierung der ursprünglichen Basisversion von QUISTA. Die Analyse leitende Fragestellungen waren hierbei, wie Bewohner*innen stationärer Pflegeeinrichtungen die Fragebogen-Stimuli des ursprünglichen QUISTA-Basisinstruments interpretieren und verarbeiten und welche Konsequenzen dies für eine Weiterentwicklung des Instruments hatte.

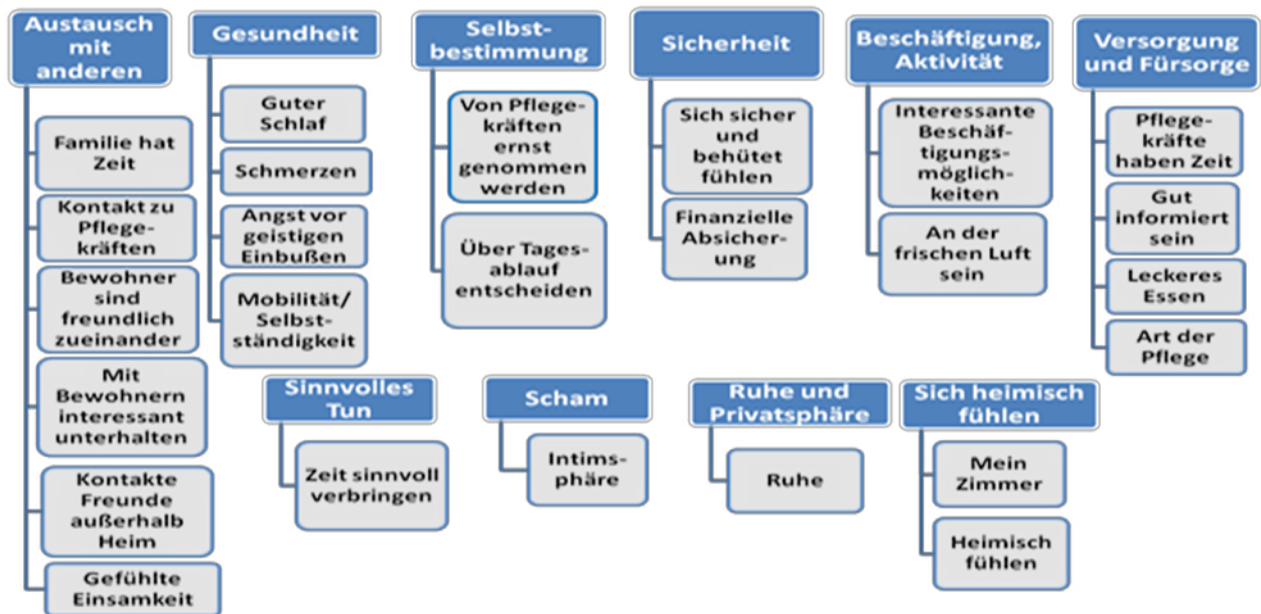
2. Methodik

Konstruktion der ursprünglichen Basisversion des QUISTA-Messinstruments

Der Entwicklungsprozess des Erhebungsinstrumentes QUISTA fügt sich an eine qualitative Studie an, in der bedeutsame subjektive Lebensqualitätsdimensionen rekonstruiert wurden (2). Oftmals werden in Bewohner*innen- oder Patient*innenbefragungen qua Expertenurteil Dimensionen von Lebensqualität definiert. Um der Gefahr entgegenzuwirken, dass theoretische Vorannahmen die Untersuchung von Lebensqualität im Heim zu sehr vorstrukturieren, wurde zur Ermittlung relevanter Lebensqualitätsdimensionen ein methodischer Zugang gewählt, in dem die Heimbewohner*innen selbst entfalten konnten, was Lebensqualität für sie bedeutet. Narrative Leitfadeninterviews trugen dazu bei, den Befragten Erzählungen über persönliche Erfahrungen zu entlocken, in denen sich zugrunde liegende Orientierungen und Relevanzstrukturen des Befragten dokumentieren, unabhängig davon, ob diese den Betreffenden bewusst sind oder nicht. Die Anwendung der dokumentarischen Methode gewährte es, das in den Erzählungen transportierte implizite Wissen für die Operationalisierung der Lebensqualitätsdimensionen zu nutzen (28).

Insgesamt wurden 25 Dimensionen und weitere Sub-Dimensionen von Lebensqualität aus Bewohner*innenperspektive rekonstruiert und darauf aufbauend eine Basisversion des Erhebungsinstrumentes QUISTA konzipiert (2). Dabei wurde jede der 25 rekonstruierten Dimensionen in der ursprünglichen Version von QUISTA jeweils anhand eines Items sowohl auf der Ist-Ebene als auch auf der Soll-Ebene operationalisiert. Die systematische Ableitung von Lebensqualitäts-Dimensionen und ihren Iteminhalten im Rahmen der qualitativen Studie legte im Sinne der Sicherstellung der Inhaltsvalidität den zentralen Grundstein dafür, dass das zu entwerfende Messinstrument den Bedeutungsinhalt von Lebensqualität adäquat erfasst. Einzelne Dimensionen wurden einer vertieften qualitativen Analyse unterzogen (29, 30). In Abbildung 1 findet sich ein Überblick über die rekonstruierten Dimensionen.

Abbildung 1: Die 25 rekonstruierten Dimensionen von Lebensqualität von QUISTA



Das zentrale Konstruktionsprinzip des zu entwickelnden Messinstruments QUISTA lag in der Möglichkeit, eine Gegenüberstellung von subjektiven Bewertungen von Lebensqualitätsaspekten (Ist-Ebene) mit individuellen Präferenzen bezüglich dieser (Soll-Ebene) zu gewährleisten. Dem Umstand einer schwer befragbaren Gruppe Rechnung tragend, wurde das Messinstrument QUISTA als persönliches standardisiertes Interview konzipiert.

Abbildung 2 zeigt exemplarisch das Konstruktionsprinzip anhand der Dimension „Selbstbestimmung“. Die Soll-Ebene wurde mit direkten Fragen nach der Bedeutsamkeit der jeweiligen Lebensbereiche abgebildet und der Operationalisierung der Ist-Ebene vorangestellt. Konstruiert wurden auf der Soll-Ebene zunächst jeweils drei unterschiedliche Antwortskalen, deren Anwendbarkeit ebenfalls getestet werden sollte (zweistufige, dreistufige und fünfstufige Antwortmöglichkeiten – dargestellt ist hier nur die dichotome Skala). Mit dem Einsatz von dichotomen Antwortkategorien (sehr wichtig / nicht so wichtig bzw. ja / nein) wurde dem Grundsatz einer einfachen Handhabbarkeit und leichteren Verständlichkeit gefolgt. Um eine feinere Differenzierung seitens der Befragten zu ermöglichen, wurden zudem alternative Ratings geprüft (unter anderem eine fünfstufige Likert-Skala).

Abbildung 2: Struktur des Befragungsinstruments (Dimension „Selbstbestimmung“)

Wie wichtig ist es Ihnen...	(Soll-Ebene)	Sehr wichtig / nicht so wichtig
...auch einmal „Nein“ sagen zu können, wenn man Ihnen etwas vorschreibt?		<input type="radio"/> <input type="radio"/>
...selbst über den Tagesablauf zu entscheiden?		<input type="radio"/> <input type="radio"/>
	(Ist-Ebene)	Ja Nein
Werden Sie hier stark bevormundet?		<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Können Sie großteils selbst über Ihren Tagesablauf entscheiden?		<input type="radio"/> <input type="radio"/>

Pretest: Analyse von Validitätsproblemen der ursprünglichen Basisversion mittels kognitiver Interviewtechniken

Die Basisversion des Fragebogens wurde einer praktischen Erprobung unterzogen, deren Ergebnisse im Mittelpunkt der Publikation stehen. Ein in der Wissenschaft an Bedeutung gewinnender Baustein bei der Entwicklung und Testung von Befragungsinstrumenten ist die Untersuchung mittels qualitativer Interviewtechniken. Sie ermöglichen zu verstehen, wie Instrumente seitens der Befragten verstanden, interpretiert und beantwortet werden (31–34). Insbesondere empfohlen wird deren Anwendung bei sensiblen Fragestellungen sowie bei der Untersuchung jener Populationen, deren kognitive und physische Einschränkungen mit sensorischen Einbußen und geringeren Kommunikationsfähigkeiten einhergehen und deren Abhängigkeitsbeziehungen sozial erwünschtes Antwortverhalten begünstigen (26, 35).

Zur Analyse, wie die Bewohner*innen die Fragebogenitems der ursprünglichen Basisversion des QUISTA-Messinstruments verstehen, verarbeiten und daraufhin die abgerufenen Informationen in ihren Antworten umsetzen, wurde auf verschiedene kognitive Interviewtechniken des „probing“ zurückgegriffen (für eine Übersicht der verwendeten Fragetechniken siehe Tabelle 1 des zugrundeliegenden Artikels dieses Manteltextes). Alle angewandten „probes“ zielten darauf zu verstehen, ob die Befragten das Fragekonzept, wie von den Forschern intendiert, verstanden haben, ob die Antworten in einer konsistenten Weise erfolgen und welche Faktoren zu problematischen Antworten führen können (34). Bei der Anwendung der verwendeten Fragetechniken wurde darauf geachtet, diese je nach Interviewverlauf und den konkreten Antworten der Befragten flexibel einzusetzen. Um einen möglichst „natürlichen“ Kommunikationsprozess anzuregen, von dem ausgegangen wird, dass er interpretative Prozesse der Befragten am besten offenlegt, wurde wo möglich auf spezifische probes gar verzichtet. Stattdessen wurde mit kurzen erzählgenerierenden Nachfragen oder Erzählaufforderungen wie

beispielsweise „Erzählen Sie mir mehr davon“ auf direkte narrative Erzählungen abgezielt. Erfahrungen aus der Durchführung der qualitativen Basisstudie von QUISTA (2) hatten gezeigt, dass bei Fragen nach der subjektiven Lebensqualität im Pflegeheim durch erzählgenerierende Fragen und mit Hilfe kurzer Nachfragen narrative Erzählungen in Gang gesetzt werden konnten. Worauf die angewandte Methodik letztlich abzielte, war zu verstehen, warum die Befragten auf die entsprechenden Fragebogenitems in der vorliegenden Form geantwortet haben (36).

Ziele dieses Schrittes lagen in erster Linie darin, den Fragebogen hinsichtlich seines Umfangs, Inhalts sowie der Verständlichkeit zu untersuchen. Im Einzelnen zielte der Pretest darauf, für folgende Fragestellungen eine empirische Beurteilungsbasis zu schaffen:

Zur Struktur des Instrumentes

Oberstes Kenntnisinteresse galt dem grundlegenden Konstruktionsprinzip des Instruments, d.h. der Gegenüberstellung von individuellen Präferenzen (Soll-Zustand) mit subjektiv bewerteten Lebensqualitätsaspekten (Ist-Zustand): Wie gestaltet sich die Durchführung des Fragebogens hinsichtlich der Unterteilung in die zwei getrennten Erhebungsbereiche „Soll-“ und „Ist-Ebene“? Gibt es Schwierigkeiten bei der Beantwortung der Fragen nach der Relevanz von unterschiedlichen Lebensbereichen (Soll-Ebene)? Gibt es Schwierigkeiten bei den Beurteilungen der einzelnen Dimensionen (Ist-Ebene)? Ist das Instrument als Ganzes schlüssig und gut durchführbar? Gelingt es mittels des Fragebogens eine Präferenzsetzung von vorgegebenen Lebensbereichen nachzuzeichnen?

Zu den einzelnen Antwortkategorien

Auf der Soll-Ebene galt es zu erkunden, inwieweit die verschiedenartigen Antwortskalen (2er, 3er und 5er-Skalen) für die von uns durchzuführende Befragung geeignet sind. Kriterien waren dabei die Verständlichkeit der Skala (mit der Leitfrage: „Sind die Bewohner*innen in der Lage, die Antwortmöglichkeiten der Skalen anzuwenden?“) sowie der Informationsgehalt („Welche Antwortmöglichkeiten eignen sich insbesondere dazu, ein differenziertes Antwortverhalten hervorzurufen?“) Auch auf der Ist-Ebene stellte sich die Frage, ob die zu testende Antwortkategorie (ja / nein) etwaige Anwendungsprobleme mit sich zieht.

Verständlichkeit der Fragebogen-Items

Ein weiteres zentrales Kenntnisinteresse der qualitativen Befragung lag darin, die einzelnen Frageitems hinsichtlich ihrer Verständlichkeit zu untersuchen. Verstehen die Bewohner*innen die einzelnen Fragebogen-Items? Verstehen die Bewohner*innen unter denselben Items dieselben Inhalte? Auf dieser semantischen Ebene ging es also um die Analyse der Bedeutung, welche die Befragten mit den unterschiedlichen Frageitems verbinden.

Sowohl Teilnehmer*innenrekrutierung wie auch die Datenanalyse wurden in der Publikation, welcher der Mantelschrift zugrunde liegt, ausführlich beschrieben (1). Daher beschränkt sich die Zusammenfassung im Folgenden auf die wesentlichen Aspekte:

*Teilnehmer*innenrekrutierung*

Es wurden 16 Interviews in 3 Bayerischen (ländliche Region) und einer Berliner stationären Pflegeeinrichtung (städtische Region) unterschiedlicher Größe und Trägerschaft durchgeführt. Entsprechend eines Theoretical Samplings wurde darauf geachtet, dass bei der Auswahl der Teilnehmer*innen eine Variation hinsichtlich der Alters- und Geschlechterzusammensetzung besteht. Von den n=16 interviewten Personen waren 13 Personen weiblich und 3 männlichen Geschlechts. Das Alter der Pretest-Teilnehmer*innen betrug im Mittel 81,3 Jahre (Min.=68; Max.=89; SD=6,1). Nach der Optimierung des Erhebungsinstruments infolge der Analyse wurde der Fragebogen bei 9 weiteren Bewohner*innen dreier unterschiedlicher Pflegeheime getestet.

Datenanalyse

Die Analyse des Datenmaterials folgte einem standardisierten Verfahren. Im Rahmen des Ansatzes der kognitiven Interviewtechnik wurde das Antwortverhalten insbesondere als Ergebnis vier zentraler kognitiver Verarbeitungsschritte verstanden und analysiert (37, 38). Zur Verfeinerung der Bausteine des Antwortprozesses orientierten sich die Forscher an dem von Buers et al. (39) empfohlenen Kodiersystem von Willis (37), welches den Fokus auf klassische Probleme innerhalb des Antwortprozesses (Unklarheiten, Verständnis- und Erinnerungsprobleme, Probleme mit den Antwortkategorien oder der Fragebogeninstruktion) legt. Es wurden zum einen die Antworten auf die kognitiven Fragen für jedes einzelne Item fallübergreifend verglichen. Um einen systematischen Überblick über potentielle Probleme zu erhalten, wurden alle Antworten, die das jeweilige Frageitem betrafen, aus den 16 Interviews in eine Matrix übertragen. Des Weiteren wurde auch jedes Interview als Ganzes und in diesem Rahmen jedes Item einer fallimmanenten Analyse unterzogen, so dass personenbezogene Antworttendenzen ausgemacht werden konnten.

3. Zentrale innovative Ergebnisse

Die zentralen Ergebnissen der dieser Mantelschrift zugrundeliegenden Publikation (1) werden hier insbesondere dahingehend vorgestellt und diskutiert, inwiefern sie für die Weiterentwicklung der Messung von Lebensqualität in der Pflege in Deutschland einen Mehrwert bilden. Wichtig ist dabei zu zeigen, wie das weiterentwickelte Instrument in der Praxis einsetzbar ist und welche Vorzüge es besitzt.

Auf Basis des kognitiven Pretests wurde die ursprüngliche Basisversion des Instruments optimiert. Die adaptierte Version des Fragebogens entspricht in seiner wesentlichen Struktur zwar der Basisversion des Instrumentes: Konstruktionsprinzip ist weiterhin eine Gegenüberstellung von subjektiven Bewertungen

von Lebensqualitätsaspekten (Ist-Ebene) mit individuellen Präferenzen bezüglich dieser Dimensionen (Soll-Ebene). Relevant für die Funktionalität der Basisversion als Ganzes sind jedoch zentrale Änderungen in der Operationalisierung des Instruments auf der Soll- und der Ist-Ebene sowie in dem Aufbau der Interviewdurchführung. Diese werden hier in Form von zwei zentralen Weichenstellungen zusammengefasst:

1) Einfache Gestaltung des Erhebungsinstruments ohne Differenzierungsverlust sowie Minimierung der Erzähltendenz

Körperliche und kognitive Einschränkungen der Gruppe der Pflegeheimbewohner*innen erfordern ein besonderes Augenmerk bei der Operationalisierung eines Erhebungsinstruments. Um die Praktikabilität zu gewährleisten lag eine zentrale Anforderung an das Erhebungsinstrument QUISTA in einer einfachen und klaren Gestaltung. Auf Basis der Daten der qualitativen Validierung konnten Problemfelder nicht nur sichtlich gemacht werden, sondern auch Faktoren beleuchtet werden, welche zu problematischen Antworten führten. Zentrale Änderungen, welche zu einer besseren Funktionalität des Erhebungsinstrumentes führten, waren insbesondere die folgenden:

Änderung der Reihenfolge von Ist- und Soll-Ebene

In der ursprünglich getesteten Version von QUISTA wurden zuerst die individuellen Präferenzen auf der Soll-Ebene, gefolgt von den persönlichen Bewertungen von Lebensqualitätsaspekten auf der Ist-Ebene erhoben. Das Instrument zeigte in seiner ursprünglichen Fassung Defizite hinsichtlich der Trennschärfe zwischen Soll- und Ist-Ebene. Die Analysen machten deutlich, dass sich bei der Beurteilung der Soll-Zustände (Präferenzen) unabhängig von den getesteten Antwortkategorien oftmals auf den tatsächlichen Ist-Zustand bezogen wurde. Die Tendenz auf Fragen der Soll-Ebene über den Ist-Zustand zu berichten zeigt, dass Fragen der Wertigkeit einer eher abstrakten Wissensebene zuzuordnen sind und voraussetzen, dass solche Fragen bereits einer (alltags-) theoretischen Reflexion unterzogen wurden.

Die beschriebenen Schwierigkeiten sprechen für eine Modifikation der Reihenfolge der Soll- und Ist-Ebene. Aus zwei Gründen scheint es zweckmäßig, die Pflegeheimbewohner*innen zunächst nach ihrer tatsächlichen Situation (Ist-Ebene) zu befragen: Die Thematisierung des Ist-Bereiches fällt leichter, da sie näher an den praktischen Lebensumständen orientiert ist. Zudem erlaubt die Auseinandersetzung mit dem Ist-Zustand, für die Relevanzsetzung (Soll-Ebene) einen Referenzpunkt bereitzustellen, anhand dessen eine Beurteilung der Relevanz eine anschauliche Basis erhält.

Ergänzung zeitlicher Ankerpunkte

In den Daten der qualitativen Validierung zeigte sich, dass die Befragten zum kognitiven Bearbeitungsschritt des „retrieval“, bei dem relevante Informationen aus vergangenen Erfahrungen abgerufen werden, auf zeitliche Bezugspunkte oder Häufigkeitsüberlegungen zurückgreifen (manchmal; nicht immer; wenn...dann). Um den Bewohner*innen eine Erleichterung beim kognitiven Verarbeitungsschritt des „retrieval“ zu bieten, machte sich das Forscherteam diese Tendenz zu Nutze und führte eine Ergänzung der Frageformate auf der Ist-Ebene („In den letzten zwei Wochen“) sowie eine einheitliche Überarbeitung der Antwortmöglichkeiten für sämtliche Items auf beiden Ebenen auf Basis zeitlicher Ankerpunkte durch. Bei dieser eingesetzten verbalisierten fünfstufigen Ratingskala mit den Antwortkategorien „nie“, „selten“, „manchmal“, „oft“ und „immer“, handelt es sich um alltagsnahe Sprechweisen, die in ihrem Wortklang sehr verschieden und daher gut auseinanderzuhalten sind.

Zentral für die Verstehbarkeit des Instruments seitens der Befragten und somit auch der Einfachheit der Durchführung ist, dass das adaptierte Instrument für beide Ebenen nunmehr eine einheitliche Itembatterie mit einem lebensweltnahen Frage- und Antwortformat besitzt. Die Optimierung des Erhebungsinstrumentes hin zu einer besseren Verstehbarkeit entspricht der Forderung von Hartig, Frey und Jude (40), für die Verbesserung der Inhaltsvalidität von Erhebungsinstrumenten verstärkt die Verstehbarkeit von Frage- und Antwortstimuli zu berücksichtigen. Bei der Entwicklung von Erhebungsinstrumenten zu Fragen der Lebens- oder Ergebnisqualität sind den Autoren für den deutschsprachigen Raum keine qualitative Untersuchungen zu kognitiven Verarbeitungsprozessen bei unterschiedlichen Skalen bekannt, die nähere Erkenntnisse zur Anwendbarkeit dieser Skalen beitragen. Die Ergebnisse der qualitativen Validierung sprechen dafür, dass eine Anwendung von differenzierten Likert-Skalen bei Pflegeheimbewohner*innen nicht uneingeschränkt möglich ist, sondern nähere Analysen und Überarbeitungen notwendig sind, um die Verstehbarkeit der Itembatterie zu gewähren. Erst mit Hilfe der kognitiven Interviewtechniken gelang es, Unstimmigkeiten zwischen den gewählten Antwortkategorien und den narrativen Erklärungen aufzudecken. Indem nunmehr auf die verbalisierten Antwortformate „nie, selten, manchmal, oft, immer“ zurückgegriffen wird, kann ein hoher Differenzierungsgrad bei gleichzeitiger Einfachheit der Antwortkategorien erreicht werden. Damit werden auch Boden- und Deckeneffekte reduziert, die insbesondere bei wenig differenzierten Wertebereichen auftreten (15, 27). Das neue verbalisierte Antwortformat steht im Einklang mit einem Experiment zur Bedeutung numerischer Werte bei Rating-Skalen, bei dem sich zeigte, dass ältere Menschen sich bei ihren Urteilen auf die Nutzung verbaler Kategorien beschränken (41). Es ist davon auszugehen, dass die veränderte fünfstufige Antwortskala eine höhere Sensitivität ermöglicht. Da Lebensqualität als Kriteriumsvariable sich kurz- und mittelfristig im Sinne eines Response-Shift verändern kann, wird unterstrichen, dass veränderungssensitive Indikatoren zu einer validen Operationalisierung beitragen (21, 31).

Itemspezifische Probleme und semantische Optimierung

Um die Praktikabilität des Instrumentes zu erhöhen wurden weiterhin itemspezifische Probleme nach Kriterien der Klarheit (ist die Bedeutung der Frage klar verständlich) und Einfachheit (haben die Bewohner*innen die kognitiven Fähigkeiten, die Frage zu beantworten) aufgedeckt und durch alternative Formulierungen ersetzt (siehe Tabelle 2 des veröffentlichten Artikels (1)).

2) Präferenzsetzung: Operationalisierung anhand von „Wünschen“

Mit dem Konstruktionsprinzip von QUISTA wurde der Annahme entsprochen, dass ohne die Angabe persönlicher Präferenzen der Bedeutungsinhalt von subjektiver Lebensqualität nicht adäquat widerspiegelt wird. Zwar wird bei der Messung subjektiver Lebensqualität in Pflegeeinrichtungen vielfach auf die Notwendigkeit einer individuellen Präferenzsetzung verwiesen. Empirische Erkenntnisse, wie eine Erhebung von Präferenzen unter den schwierigen Bedingungen von pflegebedürftigen gebrechlichen älteren Menschen im Pflegeheim umgesetzt werden kann, sind im deutschsprachigen Raum jedoch nicht auszumachen.

Die Ergebnisse der qualitativen Validierung, dass sowohl die Anwendung der ursprünglichen 5er- als auch die der 2er- und 3er- Skala den Pflegeheimbewohner*innen auf der Soll-Ebene der Präferenzen Probleme bereite, lässt den Rückschluss zu, dass eine Differenzierung zwischen einzelnen Antwortkategorien auf der Basis des Konzeptes der Wichtigkeit (wichtigen und weniger wichtigen Aspekten) für die Befragten grundsätzlich schwierig ist.

Die Testung der Soll-Ebene auf Basis des Konzeptes der Wichtigkeit zeigte zudem eine Konfundierung der Soll- mit der Ist-Ebene sowie insbesondere eine nicht intendierte Erzählendenz seitens der Befragten, welche die Praktikabilität und standardisierte Durchführung des Instrumentes einzuschränken drohte. Abgesehen von einem nicht zu kalkulierenden Zeitfaktor weisen Kelle, Niggemann und Metje (26) auf die Gefahr hin, dass sozialwissenschaftliche Untersuchungen in Pflegeheimen in diesem Sinne zu narrativer Selbstpräsentation führen.

Die Schwierigkeit, zwischen den angebotenen Antwortkategorien auf der Basis des Konzeptes der Wichtigkeit zu differenzieren ebenso wie die aufgedeckten narrativen Antworttendenzen bei der Frage nach der Wichtigkeit sprachen dafür, die Operationalisierung der Soll-Ebene zu modifizieren. Bei einer alternativen Operationalisierung individueller Präferenzen musste weiterhin beachtet werden, dass die Daten der qualitativen Validierung zeigten, dass Bedürfnisse und Präferenzen unter dem Aspekt der Erfüllbarkeit relativiert wurden. Die ursprüngliche Operationalisierung der Präferenzen in Form einer direkten Frage nach der Wichtigkeit führte zu der Tendenz, auf die tatsächlichen Gegebenheiten Bezug zu nehmen (Ist-Zustand) und von diesen zu erzählen sowie die eigenen Bedürfnisse vor dem Hintergrund der tatsächlichen Gegebenheiten und des vermeintlich Machbaren zu relativieren. Aus den Analysen ließ sich

die Notwendigkeit eines Frageformats ableiten, welches den idealtypischen und Wunschcharakter der individuellen Präferenzen deutlich macht.

Die Bedeutsamkeit der jeweiligen Ist-Zustände wird in der überarbeiteten Version nunmehr über den Wunsch nach einer Verbesserung des jeweiligen Lebensqualitätsbereichs (über das Frageformat „Wünschen Sie sich, dass...“) operationalisiert (siehe Abbildung 3). Alle auf der Ist-Ebene bewerteten Items wurden durch die Frage ergänzt, wie sehr sich die Befragten eine Veränderung des Ist-Zustandes wünschen. Indem die Wünsche sich konkret auf den berichteten Ist-Zustand beziehen, wird den Befragten im Sinne des Bearbeitungsschritt des „retrieval“ (Abruf relevanter Informationen aus vergangenen Erfahrungen) eine Antwortbildung einfacher gemacht. Die Operationalisierung auf Basis von Wünschen ist zudem weniger abstrakt und kognitiv aufgeladen wie die Frage danach, ob einem etwas wichtig ist oder nicht. Konzeptionell wird hier davon ausgegangen, dass ein Mangel bzw. ein „Wunsch nach mehr“ nur dann geäußert wird, wenn der betreffende Bereich auch eine Bedeutung für die befragte Person besitzt. Die oben beschriebene überarbeitete Abstufung zwischen „Ich wünsche mir eine Verbesserung“ [nie, selten, manchmal, oft, immer] erlaubt eine Relativierung, welche sozial erwünschte Antworttendenzen zu vermeiden hilft. Zudem wird durch die nunmehr vorangestellte Thematisierung der Ist-Ebene für die Relevanzsetzung auf der Soll-Ebene ein Referenzwert erhoben, welcher hilft, narrative Tendenzen auf der Soll-Ebene zu reduzieren.

Das überarbeitete Erhebungsinstrument liefert für den deutschsprachigen Raum erstmals ein auf Basis kognitiver Validitätsanalysen erprobtes Konstruktionsprinzip zur standardisierten Erhebung von Lebensqualität, welches persönliche Präferenzsetzungen berücksichtigt. Auch im internationalen Vergleich sind dem Forscherteam keine Instrumente bekannt, welche auf qualitative Analysen zur Verarbeitung quantitativer Präferenzhebungen aufbauen. Die in Deutschland eingesetzten Instrumente zur Messung von Lebensqualität in Pflegeheimen lassen die Notwendigkeit der Prioritätensetzung größtenteils außer Acht. Im deutschsprachigen Raum bilden lediglich teilstandardisierte Vorgehen wie beispielsweise das „Projekt Insel“ (42) sowie der „LQ-Index“ eine Ausnahme (43). Mit seiner Anwendbarkeit als standardisiertes Instrument unterscheidet das vorliegende Instrument jedoch grundlegend von diesen qualitativen Verfahren, welche keine so einfache Handhabbarkeit gestatten (Für eine Übersicht der in Deutschland vorzufindenden Instrumente siehe 10).

Mit dem vorliegenden Forschungsprojekt wurde ein Instrument (weiter)entwickelt und zur Anwendung gebracht, welches jene Bereiche der Lebensqualität zu identifizieren vermag, welche Pflegeheimbewohner*innen besonders wichtig erscheinen. Die Instrumentenentwicklung leistet demnach einen Beitrag zur notwendigen methodischen Weiterentwicklung des Konzeptes der Lebensqualität in der stationären Pflege und wirkt somit der Gefahr entgegen, dass Lebensqualität in der Pflege mangels methodischer Weiterentwicklung auf jene Aspekte und Dimensionen verkürzt werden, die man bereits zuverlässig messen kann (10).

Optimiertes Instrument

Abbildung 3 zeigt beispielhaft, wie die beschriebenen Modifikationen umgesetzt wurden.

Abbildung 3: Struktur des Fragebogens nach dem Pretest anhand eines Beispiels („Selbstbestimmung“)

	nie	selten	manchmal	oft	immer
(Ist-Ebene)					
In den letzten zwei Wochen...					
...fühlte ich mich von den Pflegekräften ernst genommen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...habe ich über meinen Tagesablauf selbst bestimmt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(Soll-Ebene)					
Wünschen Sie sich...					
...dass Sie von den Pflegekräften ernster genommen werden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...dass Sie stärker selbst über Ihren Tagesablauf entscheiden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Weiterführende wissenschaftliche und praktische Implikationen

Qualitative Validierung von Erhebungsinstrumenten

Bisher existieren keine umfassenden Untersuchungen der vorliegenden Art zum kognitiven Verarbeitungsprozess von Pflegeheimbewohner*innen bei Instrumenten zur Messung von Lebensqualität. Das mittels kognitiver Interviews untersuchte Antwortverhalten der Befragten liefert Erkenntnisse über die Verständlichkeit und über strukturelle Schwierigkeiten des ursprünglichen Erhebungsinstrumentes, die für die Befragung älterer Menschen im Pflegeheim und darüber hinaus für die Befragung älterer Menschen generell von methodischem Interesse sind. Dazu zählen u.a. die aufgeführten Konditionen für eine erfolgreiche Messung von Präferenzen, aber auch die Notwendigkeit eines mehrstufigen Vorgehens bei der Konstruktion eines Erhebungsinstrumentes. Angesichts der schwierigen Befragbarkeit von Pflegeheimbewohner*innen konnte die Analyse des Interviewmaterials Erkenntnisse darüber beitragen, wie ein Erhebungsinstrument zur subjektiven Lebensqualität möglichst gute Differenzierungsmöglichkeiten sicherstellt, ohne eine einfache und klare Gestaltung des Instruments zu beeinträchtigen (27).

Die durchgeführte Analyse konnte darüber hinaus zeigen, dass kognitive Interviewtechniken dazu beitragen, Erkenntnisse darüber zu gewinnen, wie Interviewteilnehmer*innen Erhebungsinstrumente interpretieren und verarbeiten. Mithilfe dieser konnten methodische Probleme sowohl auf struktureller Ebene (im vorliegenden Falle beispielsweise die Umsetzung der Soll- und Ist-Ebene) wie auf inhaltlicher

Ebene (eindeutige, klar verständliche und sensitive Itemkonstruktion) identifiziert und auch erklärt werden. Die festgestellten Defizite bei der Anwendung der ursprünglichen Basisversion des Erhebungsinstrumentes QUISTA zeigen, dass bei der Entwicklung von Befragungsinstrumenten auch qualitative Methoden zum Einsatz kommen sollten. Die Ergebnisse bestätigen damit die Forderung von Bullinger (31), für die Entwicklung von Messinstrumenten die Durchführung kognitiver Interviews als einen wichtigen Schritt standardmäßig zu implementieren. Bedeutend ist an dieser Stelle der Befund, dass viele Messinstrumente zur Lebensqualität zwar psychometrische Basisstandards erfüllen, dies aber kein Garant oder Ersatz für eine Inhaltsvalidität dieser Instrumente darstellt (44). Empfohlen wird, erst nach ausführlicher Analyse von Aspekten der Inhaltsvalidität den Prüfprozess zur Abschätzung weiterer Validitätsaspekte fortzusetzen. Inhaltsvalidität dient im vorliegenden Fall der Überprüfung der Frage, ob das Messinstrument subjektive Lebensqualität gültig misst und ob das Instrument alle Bedeutungsinhalte des Konstrukts adäquat und verständlich in Indikatoren umsetzt. Voraussetzung für eine Sicherstellung von Inhaltsvalidität ist also eine genaue Operationalisierung des Konzeptes von Lebensqualität, die garantiert, dass die intendierten Frage- und Antwortitems mit den von den Befragten verstandenen Frage- und Antwortitems übereinstimmen (35, 40, 44). Die Ergebnisse aus den kognitiven Interviews konnten wesentlich zu einem besseren Verständnis der Reaktionen der Befragten beitragen, damit eine Optimierung des Instruments basieren und somit zur Sicherung der Inhaltsvalidität beitragen. Im Ergebnis zeigt sich nicht zuletzt, dass sich kognitive Interviews als praktikable Methode auch für schwer befragbare Populationen wie Heimbewohner*innen zur Verbesserung der Inhaltsvalidität eignen.

Vielfältige Möglichkeiten in der Praxis

Das optimierte Instrument gestattet in der Praxis vielfältige Anwendungsmöglichkeiten. Als Ergebnis steht ein erfolgversprechendes Konstruktionsprinzip für die Messung subjektiver Lebensqualität bei Pflegeheimbewohner*innen, welches die Gegenüberstellung von Einschätzungen der aktuellen Gegebenheiten (Ist-Ebene) mit individuellen Präferenzsetzungen auf Basis von Wünschen (Soll-Ebene) ermöglicht.

Mit seiner potentiellen Anwendbarkeit als Screeninginstrument unterscheidet es sich von qualitativen Verfahren wie dem LQ-Index (43) oder dem Projekt INSEL (42), deren offene Anwendung keine so einfache Handhabbarkeit gestatten. Ein möglicher Einsatz des Instrumentes besteht darin, dieses zur Erfassung der Ergebnisqualität in stationären Pflegeeinrichtungen im Rahmen der externen oder internen Qualitätserhebung zu integrieren. Das zweite Pflegestärkungsgesetz aus dem Jahre 2015 enthält die Forderung, ein neues indikatorengestütztes Verfahren zur Messung von Ergebnisqualität in stationären Pflegeeinrichtungen einzuführen. Kritisiert wird bei der Umsetzung jedoch, dass die Perspektive der Pflegebedürftigen bei der Qualitätsberichterstattung nunmehr nur noch eine untergeordnete Rolle spiele (12). Um die Glaubwürdigkeit von Qualitätsberichten in der Pflege zu stärken, wird empfohlen, verstärkt das Erfahrungswissen respektive die Nutzer*innenperspektive zu berücksichtigen und Anstrengungen zu

unternehmen, letztere zuverlässig und nachvollziehbar zu erheben (45). Die Konstruktion des Instruments entspricht somit der Forderung mehr Validität im Sinne von „patient-defined outcomes“ bei der Qualitätsmessung zu gewährleisten (10). Bei dem seit Oktober 2019 geltenden Qualitäts- und Prüfsystem für die vollstationäre Pflege ist jedoch zu konstatieren, dass systematische Bewohner*innenbefragungen nunmehr keine Rolle mehr spielen (11). Die methodische Entwicklung des vorliegenden Erhebungsinstrumentes verweist darauf, dass eine Erhebung des bedeutsamen Erfahrungswissen im Rahmen von Lebensqualität zwar schwierig und methodisch aufwendig, jedoch möglich und wünschenswert ist. Aufgrund einer potentiell besseren Nachvollziehbarkeit kann zudem davon ausgegangen werden, dass Nutzer*innen von Pflegeeinrichtungen der im Rahmen von Bewohner*innenbefragungen erhobenen Informationen gegenüber pflegefachlichen und an klinischen Outcomes orientierten Qualitätsberichten in der Pflege eine höhere Bedeutung beimessen. Von letzteren wird berichtet, dass diese für die Verbraucher*innen bei Entscheidungsfindungen wie zum Beispiel der Wahl eines Pflegeheimes kaum eine Rolle spielen (46).

Ein Vorzug des entwickelten Instrumentes liegt darin, nicht nur Zufriedenheiten mit extern festgelegten Qualitätskriterien abzubilden, sondern ebenfalls zu eruieren, welche persönlichen Wünsche bei der Bewertung des Heimlebens eine Rolle spielen. Als Qualitätssicherungsinstrument kann es Hinweise darüber liefern, welche Bereiche den Bewohner*innen für ihre Zufriedenheit wichtig sind und welche dieser Ansprüche gut, welche weniger gut erfüllt sind. Indem das Instrument die Bewertungen mit den Wünschen in Beziehung setzt, besitzt es gegenüber klassischen Qualitätserhebungsinstrumenten, deren Indikatoren in erster Linie adverse aktuelle Zustände abbilden und damit in der Kritik stehen, nur rudimentäre Ansatzpunkte für Verbesserungen zu liefern, einen höheren Informationsgehalt (20). Der im Rahmen unseres Forschungsprojektes eingeschlagene Weg tritt damit auch der Tendenz der beklagten Institutionalisierung einer „Misstrauenskultur“ entgegen, wie sie mit den Pflegenoten der Transparenzvereinbarung in Verbindung gebracht wird (12). Der konstruktive und zielorientierte Fokus von QUISTA liegt darauf, Vorlieben und Ansprüche von Bewohner*innen zu erkunden und nicht darauf, Defizite ersichtlich zu machen. Die Vorgehensweise, die Ist-Ebene konsequent mit der Soll-Ebene (den Wünschen) zu relativieren, unterstreicht diese Vorgehensweise, da beispielsweise nicht erfüllte Bewertungen auf der Ist-Ebene weniger ins Gewicht fallen, wenn eine Veränderung dieses Zustands von den Bewohner*innen als zweitrangig betrachtet wird.

Basis der Entwicklung des Erhebungsinstrumentes war eine qualitative Studie, in der bedeutsame subjektive Lebensqualitätsdimensionen rekonstruiert wurden, welche zwar spezifisch auf die Lebenswelt Pflegeheime zugeschnitten sind, aber auch solche Bereiche berücksichtigen, welche nicht direkt von der „Institution Heim“ beeinflusst werden können (2). Ein Großteil der Studien, welche die Lebenssituationen von Pflegeheimbewohner*innen thematisieren, fokussieren auf gesundheitliche, pflegerische oder versorgungsorientierte Aspekte. Mit der multidimensionalen Konzeption der Lebensqualität bei QUISTA ist es möglich, einen umfassenderen Blick auf die Lebenswelt von Pflegeheimbewohner*innen zu werfen

und auch jene Aspekte als relevante Outcomes zu behandeln, welche nicht im unmittelbaren Wirkungskreis der Pflegeheime zu stehen scheinen. Somit werden Aspekte, die möglicherweise außer Blick geraten sind, berücksichtigt. Das bedeutet, „indirekte“ Interventionsmöglichkeiten zu prüfen sowie die Verantwortung externer Akteure bei der Verbesserung von Lebensqualität mit einzubeziehen. Der potentielle Einsatz des Erhebungsinstrumentes könnte damit der Befürchtung entgegenreten, dass die Fokussierung auf Outcome-Indikatoren wie sie in der bundesdeutschen Qualitätsdebatte vorherrscht, dazu führt, dass sich die Einrichtungen auf die Verhinderung defizitärer Versorgungsaspekte konzentrieren anstatt auch dahinterliegende Ursachen zu analysieren (20).

Weitere konkrete Anwendungen, die sich mit der Konstruktion des Erhebungsinstrumentes ergeben, sind unter anderem:

Individualisierte Analysen auf der Mikroebene für eine bewohnerorientierte Pflegeplanung: Instrumente zur Planung und Dokumentation des Pflegeprozesses reflektieren vorrangig zentrale Aspekte aus der Sicht professioneller Leistungserbringer. Auf der Ebene der Heimbewohner*innen können mittels des neuen Instrumentes individuell bedeutsame Lebensbereiche und deren Bewertung ermittelt und dadurch fallspezifische Interventionen basiert werden. Die Ergebnisse eignen sich als Informationsquelle für eine patientenzentrierte Pflegeplanung und fördern eine Sensibilisierung der Pflegekräfte für die individuelle Wahrnehmung und das persönliche Erleben der Bewohner*innen.

Analysen auf der Meso- und Makroebene als Wegweiser für politisches Handeln: Umfangreiche Erhebungen der subjektiven Einschätzungen vorausgesetzt kann das vorgestellte Instrument zur Messbarmachung subjektiver Lebensqualität nicht nur Bedeutung für Behandlungsentscheidungen auf der Mikro- sondern auch für evidenzbasierte Allokationsentscheidungen auf der Meso- und Makroebene haben. Aufgrund der normativen Bedeutung von Lebensqualität sollten die Ergebnisse von Lebensqualitätsmessungen verstärkt zur Bewertung von Versorgungskonzepten und für Allokationsentscheidungen auf der Meso- und Makroebene berücksichtigt werden (3, 8, 47).

5. Limitationen

Der Entwicklung von QUISTA lag eine Defizitanalyse bisheriger konzeptioneller Herangehensweisen zur Erhebung von Lebensqualität in stationären Pflegeeinrichtungen zugrunde. Unterstreichen möchten wir, dass der von uns eingeschlagene Weg nur eine mögliche Herangehensweise darstellt und dass sich verschiedene Herangehensweisen bestenfalls gegenseitig ergänzen.

Die strukturellen Änderungen, die die ursprüngliche Operationalisierung von QUISTA auf Grundlage des vorliegenden Pretests erfahren hat, haben zu einem besseren Verständnis über das zu messende Konstrukt geführt, die Änderungen müssen aber in einer darauf folgenden Validierungsstudie bezüglich weiterer Validitätsaspekte (Konstruktvalidität, Abbruchquote und –gründe, Missinganalysen, Befragungsdauer)

getestet werden. Diese Testung ist Teil einer quantitativen Validierungsstudie, deren Ergebnisse Gegenstand weiterer Veröffentlichungen sind.

Um die Anwendbarkeit der kognitiven Fragemethode zu gewährleisten und auszuschließen, dass Probleme bei der Beantwortung des Erhebungsinstrumentes auf die kognitiven Fähigkeiten der Bewohner*innen zurückzuführen sind, wurde bei der Durchführung der kognitiven Interviews ein Gesamtwert im Mini Mental Status Test (MMST) von mindestens 18 Punkten als Einschlussmerkmal definiert. Die berichtete Funktionalität des Instruments bezieht sich daher auch nur auf diese Population. Es ist davon auszugehen, dass für Bewohner*innen mit einem Mini-Mental score unterhalb dieser Schwelle andere Verfahren zur Feststellung von Lebensqualität besser geeignet sind (48).

Literatur

1. Meyer R, Drewniak D, Hovorka T, Schenk L. Questioning the Questionnaire: Methodological Challenges in Measuring Subjective Quality of Life in Nursing Homes Using Cognitive Interviewing Techniques. *Qual Health Res* 2019; 29(7):972–86. doi: 10.1177/1049732318812042.
2. Schenk L, Meyer R, Behr A, Kuhlmei A, Holzhausen M. Quality of life in nursing homes: results of a qualitative resident survey. *Qual Life Res* 2013; 22(10):2929–38. doi: 10.1007/s11136-013-0400-2.
3. Woopen C. Die Bedeutung von Lebensqualität - aus ethischer Perspektive. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2014; 108(2-3):140–5. doi: 10.1016/j.zefq.2014.03.002.
4. Niederhametner P. Verletzungen von Menschenrechten vermeiden: Prävention am Beispiel von Pflegeheimen und psychiatrischen Abteilungen. [1. Auflage]. Wien: facultas; 2016.
5. Josat S, Schubert H-J, Schnell MW, Köck C. Qualitätskriterien, die Altenpflegeheimbewohnern und Angehörigen wichtig sind - Eine Literaturanalyse. *Pflege* 2006; 19(2):79–87. doi: 10.1024/1012-5302.19.2.79.
6. Bowling A, Gabriel Z, Dykes J, Dowding LM, Evans O, Fleissig A, Banister D, Sutton S. Let's ask them: a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. *Int J Aging Hum Dev* 2003; 56(4):269–306. doi: 10.2190/BF8G-5J8L-YTRF-6404.
7. Kane RA, Kling KC, Bershadsky B, Kane RL, Giles K, Degenholtz HB, Liu J, Cutler LJ. Quality of life measures for nursing home residents. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2003; 58(3):240–8. doi: 10.1093/gerona/58.3.m240.
8. Koller M, Neugebauer EAM, Augustin M, Büssing A, Farin E, Klinkhammer-Schalke M, Lorenz W, Münch K, Petersen-Ewert C, von Steinbüchel N, Wiesele B. Die Erfassung von Lebensqualität in der Versorgungsforschung - konzeptuelle, methodische und strukturelle Voraussetzungen. *Gesundheitswesen* 2009; 71(12):864–72. doi: 10.1055/s-0029-1239516.
9. Makai P, Brouwer WBF, Koopmanschap MA, Stolk EA, Nieboer AP. Quality of life instruments for economic evaluations in health and social care for older people: a systematic review. *Soc Sci Med* 2014; 102:83–93. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.11.050.
10. Weidekamp-Maicher M. Messung von Lebensqualität im Kontext stationärer Pflege. In: Jacobs K, Kuhlmei A, Greß S, Klauber J, Schwinger A, Hrsg. *Pflege-Report 2018: Qualität in der Pflege*. 1. Auflage 2018. Berlin: Springer Berlin; Springer; 2018. S. 71–83.

11. Bertelsmann Stiftung. Analyse: Bewertung der Empfehlungen des Abschlussberichts zur Entwicklung des neuen „Pflege-TÜV“; 14.11.2018. Verfügbar unter: https://www.weisseliste.de/projekt/wp-content/uploads/Bewertung_neuer_Pflege-TÜV_Weisse_Liste__181114.pdf.
12. Hasseler M. Qualitätsmessung in der Pflege. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2019.
13. Cooney A, Murphy K, O'Shea E. Resident perspectives of the determinants of quality of life in residential care in Ireland. *J Adv Nurs* 2009; 65(5):1029–38. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04960.x.
14. D.L. Gerritsen, N. Steverink, M.E. Ooms, M.W. Ribbe. Finding a useful conceptual basis for enhancing the quality of life of nursing home residents. *Qual Life Res* 2004; 13(3):611–24. Verfügbar unter: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1023/B:QURE.0000021314.17605.40.pdf>.
15. Tolson D, Dewar B, Jackson GA. Quality of life and care in the nursing home. *J Am Med Dir Assoc* 2014; 15(3):154–7. doi: 10.1016/j.jamda.2013.11.023.
16. Kelley-Gillespie N. A secondary analysis of perceptions of quality of life of older adults residing in a nursing home and assisted living setting using an integrated conceptual model of measurement. *Applied Research in Quality of Life* 2012; (7):137–54.
17. Shippee TP, Henning-Smith C, Kane RL, Lewis T. Resident- and Facility-Level Predictors of Quality of Life in Long-Term Care. *Gerontologist* 2013; 55(4):643–55. doi: 10.1093/geront/gnt148.
18. Nordenfelt L. Philosophische Überlegungen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität. In: Kovács L, Kipke R, Lutz R, Hrsg. *Lebensqualität in der Medizin*. 1. Aufl. 2016. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2016. S. 47–62 Verfügbar unter: https://doi.org/10.1007/978-3-658-10679-9_4.
19. Kada O, Hedenik M, Griesser A, Mark A-T, Trost J. Subjektive Theorien zu Lebensqualität und Gesundheit im Alter. *Z Gerontol Geriat* 2018; 51(6):628–35. Verfügbar unter: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00391-017-1188-4.pdf>.
20. Hasseler M. Kritische Diskussion zur bisherigen Qualitätsdebatte in der Langzeitpflege – ein Plädoyer für eine systemische und auf empirischen Erkenntnissen beruhende Betrachtung der Entwicklung und Messung von Qualität in der Langzeitpflege. *Z Gerontol Geriat* 2019; 52(5):468–76. Verfügbar unter: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00391-018-1420-x.pdf>.
21. Daig I, Lehmann A. Verfahren zur Messung von Lebensqualität. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie* 2007; (16):5–23.

22. Lang G, Löger B, Amann A. Well-being in the nursing home – a methodological approach towards the quality of life. *J Public Health* 2007; 15(2):109–20. Verfügbar unter: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s10389-006-0082-0.pdf>.
23. Paterson C. Seeking the Patient's Perspective: A Qualitative Assessment of EuroQol, COOP-WONCA Charts and MYMOP. *Qual Life Res* 2004; 13(5):871–81. Verfügbar unter: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1023/B:QURE.0000025586.51955.78.pdf>.
24. Boggatz T. Quality of life in old age - a concept analysis. *Int J Older People Nurs* 2016; 11(1):55–69. doi: 10.1111/opn.12089.
25. Rütter M. Über einige (meta)ethische Fehlkonstruktionen in der Lebensqualitätsforschung. In: Kovács L, Kipke R, Lutz R, Hrsg. *Lebensqualität in der Medizin*. 1. Aufl. 2016. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2016. S. 27–45 Verfügbar unter: https://doi.org/10.1007/978-3-658-10679-9_3.
26. Kelle U, Niggemann C, Metje B. Datenerhebung in totalen Institutionen als Forschungsgegenstand einer kritischen gerontologischen Sozialforschung. In: Amann A, Kolland F, Hrsg. *Das erzwungene Paradies des Alters?* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2014.
27. Kohlmann T. Messung von Lebensqualität: So einfach wie möglich, so differenziert wie nötig. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 2014; 108(2-3):104–10. doi: 10.1016/j.zefq.2014.03.015.
28. Bohnsack R, Nentwig-Gesemann I, Nohl A-M, Hrsg. *Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis: Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. 3., aktualisierte Auflage. Wiesbaden: Springer VS; 2013.
29. Behr A, Meyer R, Holzhausen M, Kuhlmeier A, Schenk L. Die Intimsphäre : Eine wichtige Dimension der Lebensqualität von Pflegeheimbewohnern. *Z Gerontol Geriatr* 2013; 46(7):639–44. doi: 10.1007/s00391-012-0464-6.
30. Behr A, Meyer R, Holzhausen M, Kuhlmeier A, Schenk L. Lebensqualität und Gesundheit - Subjektive Perspektiven von selbstauskunftsfähigen Pflegeheimbewohnern - eine qualitative Studie. *Pflege* 2014; 27(6):369–80. doi: 10.1024/1012-5302/a000390.
31. Bullinger M. Zur Messbarkeit von Lebensqualität. In: Kovács L, Kipke R, Lutz R, Hrsg. *Lebensqualität in der Medizin*. 1. Aufl. 2016. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2016. S. 175–88 Verfügbar unter: https://doi.org/10.1007/978-3-658-10679-9_12.

32. Pohontsch N, Meyer T. Das kognitive Interview – Ein Instrument zur Entwicklung und Validierung von Erhebungsinstrumenten. *Rehabilitation* 2015; 54(01):53–9. Verfügbar unter: <http://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0034-1394443.pdf>.
33. Horwood J, Sutton E, Coast J. Evaluating the Face Validity of the ICECAP-O Capabilities Measure: A “Think Aloud” Study with Hip and Knee Arthroplasty Patients. *Applied Research in Quality of Life* 2014; 9(3):667–82. doi: 10.1007/s11482-013-9264-4.
34. Collins D. Pretesting survey instruments: an overview of cognitive methods. *Qual Life Res* 2003; 12(3):229–38. doi: 10.1023/a:1023254226592.
35. Drennan J. Cognitive interviewing: verbal data in the design and pretesting of questionnaires. *J Adv Nurs* 2003; 42(1):57–63. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02579.x.
36. Padilla J-L, Leighton JP. Cognitive Interviewing and Think Aloud Methods. In: Zumbo BD, Hubley AM, Hrsg. *Understanding and Investigating Response Processes in Validation Research*. 1st edition 2017. Cham: Springer International Publishing; Springer; 2017. S. 211–28 (Social Indicators Research Series; vol. 69).
37. Willis GB. *Cognitive interviewing: A tool for improving questionnaire design*. Thousand Oaks: Sage; 2005. Verfügbar unter: <http://www.loc.gov/catdir/enhancements/fy0657/2004013649-d.html>.
38. Tourangeau R, Rips LJ, Rasinski KA. *The psychology of survey response*. Cambridge: Cambridge Univ. Press; 2000.
39. Buers C, Triemstra M, Bloemendal E, Zwijnenberg NC, Hendriks M, Delnoij DMJ. The value of cognitive interviewing for optimizing a patient experience survey. *International Journal of Social Research Methodology* 2014; 17(4):325–40. doi: 10.1080/13645579.2012.750830.
40. Hartig J, Frey A, Jude N. Validität. In: Moosbrugger H, Kelava A, Hrsg. *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion*. Heidelberg: Springer; 2012. S. 143–73.
41. Schwarz N, Knäuper B. Cognition, aging, and self-reports. In: Park D, Schwarz N, Hrsg. *Cognitive aging: A primer*. Philadelphia: PA: Psychology Press.; 2000. S. 233–52.
42. Oswald F, Wahl H-W, Antfang P, Heusel C, Maurer A, Schmidt H. *Lebensqualität in der stationären Altenpflege mit INSEL: Konzeption, praxisnahe Erfassung, Befunde und sozialpolitische Implikationen ; INSEL - Instrument zur praxisnahen Erfassung von Lebensqualität*. Berlin, Münster: LIT; 2014. (AlterswissenschaftBd. 1).
43. Herold-Majumdar A, Behrens J. Lebensqualität im Fokus des Qualitätsaudits in der Langzeitpflege. *Gesundheitswesen* 2012; 74(12):806–11. doi: 10.1055/s-0031-1301272.

44. Robinson PG. Wahl der Messinstrumente zur Ermittlung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. In: Kovács L, Kipke R, Lutz R, Hrsg. Lebensqualität in der Medizin. 1. Aufl. 2016. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2016. S. 201–21 Verfügbar unter: https://doi.org/10.1007/978-3-658-10679-9_14.
45. Schmitz H, Stroka MA. Do Elderly Choose Nursing Homes by Quality, Price or Location? SSRN Electronic Journal 2014. doi: 10.2139/ssrn.2473952.
46. Pesis-Katz I, Phelps CE, Temkin-Greener H, Spector WD, Veazie P, Mukamel DB. Making difficult decisions: the role of quality of care in choosing a nursing home. *Am J Public Health* 2013; 103(5):e31-7. doi: 10.2105/AJPH.2013.301243.
47. Kohlmann T. Die Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität als Grundlage für Entscheidungen in der Gesundheitsversorgung. In: Kovács L, Kipke R, Lutz R, Hrsg. Lebensqualität in der Medizin. 1. Aufl. 2016. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2016. S. 189–200 Verfügbar unter: https://doi.org/10.1007/978-3-658-10679-9_13.
48. Becker S, Kruse A, Schröder J, Seidl U. Das Heidelberger Instrument zur Erfassung von Lebensqualität bei Demenz (H.I. L.DE.). Dimensionen von Lebensqualität und deren Operationalisierung. *Z Gerontol Geriatr* 2005; 38(2):108–21. doi: 10.1007/s00391-005-0297-7.

Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Roger Meyer, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Messung von subjektiver Lebensqualität in der stationären Pflege. Entwicklung und qualitative Validierung eines Fragebogeninstrumentes“ [Measuring subjective quality of life in residential care settings: Development and qualitative validation of a survey instrument] selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren/innen beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) werden von mir verantwortet.

Ich versichere ferner, dass ich die in Zusammenarbeit mit anderen Personen generierten Daten, Datenauswertungen und Schlussfolgerungen korrekt gekennzeichnet und meinen eigenen Beitrag sowie die Beiträge anderer Personen korrekt kenntlich gemacht habe (siehe Anteilserklärung). Texte oder Textteile, die gemeinsam mit anderen erstellt oder verwendet wurden, habe ich korrekt kenntlich gemacht.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Erstbetreuer/in, angegeben sind. Für sämtliche im Rahmen der Dissertation entstandenen Publikationen wurden die Richtlinien des ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors; www.icmje.org) zur Autorenschaft eingehalten. Ich erkläre ferner, dass ich mich zur Einhaltung der Satzung der Charité – Universitätsmedizin Berlin zur Sicherung Guter Wissenschaftlicher Praxis verpflichte.

Weiterhin versichere ich, dass ich diese Dissertation weder in gleicher noch in ähnlicher Form bereits an einer anderen Fakultät eingereicht habe.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§§156, 161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Datum 28.02.2020

Unterschrift Roger Meyer

Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Roger Meyer, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Messung von subjektiver Lebensqualität in der stationären Pflege. Entwicklung und qualitative Validierung eines Fragebogeninstrumentes“ [Measuring subjective quality of life in residential care settings: Development and qualitative validation of a survey instrument] selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren/innen beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) werden von mir verantwortet.

Ich versichere ferner, dass ich die in Zusammenarbeit mit anderen Personen generierten Daten, Datenauswertungen und Schlussfolgerungen korrekt gekennzeichnet und meinen eigenen Beitrag sowie die Beiträge anderer Personen korrekt kenntlich gemacht habe (siehe Anteilserklärung). Texte oder Textteile, die gemeinsam mit anderen erstellt oder verwendet wurden, habe ich korrekt kenntlich gemacht.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Erstbetreuer/in, angegeben sind. Für sämtliche im Rahmen der Dissertation entstandenen Publikationen wurden die Richtlinien des ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors; www.icmje.org) zur Autorenschaft eingehalten. Ich erkläre ferner, dass ich mich zur Einhaltung der Satzung der Charité – Universitätsmedizin Berlin zur Sicherung Guter Wissenschaftlicher Praxis verpflichte.

Weiterhin versichere ich, dass ich diese Dissertation weder in gleicher noch in ähnlicher Form bereits an einer anderen Fakultät eingereicht habe.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§§156, 161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Datum

Unterschrift

Anteilerklärung an der erfolgten Publikation

Roger Meyer hatte folgenden Anteil an der Publikation:

Roger Meyer, Daniel Drewniak, Torsten Hovorka, Liane Schenk (2019). Questioning the Questionnaire: Methodological Challenges in Measuring Subjective Quality of Life in Nursing Homes Using Cognitive Interviewing Techniques. *Qualitative health research*, 29 (7), 972–986. <https://doi.org/10.1177/1049732318812042> (First published online 05.12.2018)

Beitrag: 75 Prozent

Beitrag im Einzelnen:

- **Qualitative Basisstudie:** Durchführung und Analyse von 22 der 42 Interviews
- **Konzeption der qualitativen Validierungsstudie:** Literaturrecherche, Entwicklung des Forschungskonzepts und der Forschungsfragen, Konzeption des Erhebungsdesigns, des Instrumentariums zur Datenerhebung (inklusive der kognitiven Fragestellungen) und der Auswertungsmethode
- **Praktische Durchführung der Datenerhebung:** Stichprobenauswahl und Rekrutierung der Pflegeeinrichtungen sowie Studienteilnehmer*innen, Durchführung der Interviews im Rahmen der qualitativen Validierung (17 der insgesamt 25 Interviews)
- **Auswertung der Daten:** Vorbereitung und Zusammenfassung der Daten; Federführung bei der Analyse und Interpretation des Interviewmaterials (qualitative Validierung)
- **Ergebnisdarstellung:** Entwurf des Manuskripts und Überarbeitung

Unterschrift, Datum und Stempel des/der erstbetreuenden Hochschullehrers/in

Unterschrift des Doktoranden/der Doktorandin

Journal Data Filtered By: **Selected JCR Year: 2018** Selected Editions: SCIE, SSCI
 Selected Categories: **"SOCIAL SCIENCES, BIOMEDICAL"** Selected Category
 Scheme: WoS

Gesamtanzahl: 45 Journale

Rank	Full Journal Title	Total Cites	Journal Impact Factor	Eigenfactor Score
1	AMERICAN JOURNAL OF BIOETHICS	2,285	5.786	0.004250
2	PSYCHO-ONCOLOGY	11,194	3.430	0.020160
3	SOCIAL SCIENCE & MEDICINE	44,305	3.087	0.050860
4	QUALITATIVE HEALTH RESEARCH	9,100	3.030	0.007880
5	EVOLUTION AND HUMAN BEHAVIOR	4,014	2.959	0.006410
6	BioSocieties	723	2.958	0.001180
7	AIDS AND BEHAVIOR	9,705	2.908	0.025060
8	Critical Public Health	1,234	2.742	0.002420
9	BMC Medical Ethics	1,317	2.507	0.004170
10	Journal of Genetic Counseling	2,378	2.446	0.005110
11	JOURNAL OF HEALTH AND SOCIAL BEHAVIOR	8,700	2.419	0.003640
12	International Journal of Transgenderism	752	2.345	0.000950
13	SOCIOLOGY OF HEALTH & ILLNESS	4,543	2.211	0.005140
14	JOURNAL OF MEDICAL ETHICS	4,205	2.195	0.006850
15	HUMAN NATURE-AN INTERDISCIPLINARY BIOSOCIAL PERSPECTIVE	1,643	2.148	0.001980
16	AIDS CARE-PSYCHOLOGICAL AND SOCIO-MEDICAL ASPECTS OF AIDS/HIV	6,484	2.105	0.012510
17	JOURNAL OF HEALTH POLITICS POLICY AND LAW	1,085	1.839	0.002250
18	JOURNAL OF FAMILY PLANNING AND REPRODUCTIVE HEALTH CARE	671	1.821	0.001440

Rank	Full Journal Title	Total Cites	Journal Impact Factor	Eigenfactor Score
19	CULTURE HEALTH & SEXUALITY	2,321	1.746	0.004600
20	HASTINGS CENTER REPORT	1,531	1.728	0.002830
21	BIOETHICS	1,567	1.665	0.002710
22	Journal of Bioethical Inquiry	577	1.592	0.001470
23	HEALTH RISK & SOCIETY	1,010	1.491	0.001110
24	HEALTH	1,011	1.480	0.001240
25	Medical Anthropology	767	1.457	0.001260
26	CULTURE MEDICINE AND PSYCHIATRY	1,085	1.456	0.001100
27	International Perspectives on Sexual and Reproductive Health	561	1.429	0.001430
28	International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being	948	1.424	0.001800
29	Biodemography and Social Biology	217	1.372	0.000960
30	MEDICAL ANTHROPOLOGY QUARTERLY	1,231	1.371	0.001300
31	NEW GENETICS AND SOCIETY	380	1.353	0.000490
32	JOURNAL OF MEDICINE AND PHILOSOPHY	1,053	1.234	0.000910
33	DEATH STUDIES	1,865	1.200	0.001720
34	OMEGA-JOURNAL OF DEATH AND DYING	1,043	1.127	0.000730
35	Anthropology & Medicine	406	1.095	0.000490
36	JOURNAL OF BIOSOCIAL SCIENCE	1,418	1.050	0.001520
37	HEALTH CARE ANALYSIS	508	1.043	0.000520
38	Neuroethics	392	0.986	0.000970

Rank	Full Journal Title	Total Cites	Journal Impact Factor	Eigenfactor Score
39	CAMBRIDGE QUARTERLY OF HEALTHCARE ETHICS	605	0.941	0.000740
40	THEORETICAL MEDICINE AND BIOETHICS	566	0.789	0.000470
41	JOURNAL OF LEGAL MEDICINE	112	0.769	0.000210
42	Social Theory & Health	423	0.745	0.000900
43	International Journal of Feminist Approaches To Bioethics	152	0.289	0.000210
44	Acta Bioethica	88	0.191	0.000050
45	BMJ Sexual & Reproductive Health	31	Not Available	0.000010

Publikation

Meyer R, Drewniak D, Hovorka T, Schenk L. Questioning the Questionnaire: Methodological Challenges in Measuring Subjective Quality of Life in Nursing Homes Using Cognitive Interviewing Techniques. *Qual Health Res* 2019; 29(7):972–86.

<https://doi.org/10.1177%2F1049732318812042>

Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Publikationsliste Roger Meyer

Fachzeitschriften mit Peer-review-Verfahren

Meyer, R., Drewniak, D., Hovorka, T. & Schenk, L. (2019). Questioning the Questionnaire: Methodological Challenges in Measuring Subjective Quality of Life in Nursing Homes Using Cognitive Interviewing Techniques. *Qualitative health research*, 29 (7), 972–986. DOI. 10.1177/1049732318812042

Impact Factor: 3.030

Schenk, L, Meyer, R, Behr, A, Kuhlmei, A & Holzhausen M (2013). Quality of life in nursing homes: results of a qualitative resident survey. In *Quality of Life Research: an International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation* DOI: 10.1007/s11136-013-0400-2

Impact Factor: 2.412

Behr, A, Meyer, R, Holzhausen, M, Kuhlmei A, Schenk, L (2013). Die Intimsphäre – Eine wichtige Dimension der Lebensqualität von Pflegeheimbewohnern. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*; 46: 639-644. DOI: 10.1007/s00391-012-0464-6

Impact Factor: 0.736

Behr A, Meyer R, Holzhausen M, Kuhlmei A, Schenk L. Lebensqualität und Gesundheit - Subjektive Perspektiven von selbstauskunftsfähigen Pflegeheimbewohnern-eine qualitative Studie. *Pflege*, 2014; 27: 1 – 12. DOI 10.1024/1012-5302/ a000390

Impact Factor: 0.218

Beteiligung als Mitwirkender: Schaefer, Ina; Bär, Gesine & die Mitwirkenden des Forschungsprojektes EIfE (2019). Die Auswertung qualitativer Daten mit Peerforschenden: Ein Anwendungsbeispiel aus der partizipativen Gesundheitsforschung [88 Absätze]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 20(3), Art. 6, <http://dx.doi.org/10.17169/fqs-20.3.3350>.

Fachzeitschriften ohne Peer-review-Verfahren

Behr, A, Meyer, R, Holzhausen, M, Kuhlmei, A, Schenk, L (2014). Lebensqualität im Pflegeheim: Intimsphäre wahren – aber wie? In *Heilberufe/ Das Pflegemagazin*. 2014.

Schlimper G, Meyer R, Holzhausen M, Behr A, Schenk L. QUISTA: Lebensqualität in der stationären Altenpflege. *Rechtsdepesche für das Gesundheitswesen*, 2010; 7: 56-62.

Online zugängliche Forschungsberichte

Aronson, P., Gül, K., Meyer, R., Schenk, L. (2011). *Rekonstruktion der Vorstellungen vom Altern und von Einstellungen zur (stationären) Pflege bei Personen mit Migrationshintergrund*. Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.). Online: <https://www.zqp.de/migration-pflege>

Schenk, L, Adolph, H, Holzhausen, J, Matheis, E. (2010), Meyer, R., Schnitzer, S (2010). Informationen für eine partizipative Gesundheitsversorgung (IPAGE). Hans-Böckler-Stiftung https://www.boeckler.de/pdf_fof/96156.pdf

Danksagung

An erster Stelle möchte ich meinen Dank jenen Menschen aussprechen, mit denen ich Interviews geführt habe. Ich erinnere mich lebhaft an jene, die zwar kaum noch sprechen konnten, aber einen starken Willen hatten, mir etwas mitzuteilen; an Personen, deren Erinnerungen stark verblasst waren, die sich aber lebhaft mit mir unterhalten wollten über ihre Erfahrungen; an Stunden voller Geschichten über Krieg und die Erfahrung des schmerzlichen Verlustes und des größten Glücks. Manche Gespräche waren auch schmerzhaft und doch hat mir die erfahrene Herzlichkeit aller Gespräche gezeigt, dass es wichtig war, die Fragen nach der Lebensqualität auch gerade jenen Menschen zu stellen, denen diese Fragen für gewöhnlich eben nicht gestellt werden, denen man als Gesellschaft nur wenig Gehör schenkt - die aber so viel zu sagen haben. Für all diese Erfahrungen und Gespräche bin ich sehr dankbar.

Die vorliegende Arbeit wäre ohne sehr viel Geduld, die andere Menschen für mich während dieser ganzen Zeit aufgebracht haben, niemals möglich gewesen. Am meisten möchte ich meiner Betreuerin Dr. Liane Schenk sowie meiner Freundin Julia danken. Ohne Frau Liane Schenk wäre die Arbeit nicht an ihr Ziel gekommen, weit über ihre Rolle als fachkundige Betreuerin hinaus hat sie mich mit unzähligen Ratschlägen unterstützt und immer wieder auch angespornt, den nächsten Schritt zu gehen. Der gleiche Dank gilt auch meiner Freundin Julia. Auch ohne sie wäre die Beendigung dieser Arbeit nicht möglich gewesen. Jede Minute, die ich der Arbeit widmen konnte, war eine Minute, die mir von ihr geschenkt wurde.

Danken möchte ich weiterhin allen Kolleginnen und Kollegen, mit denen ich bei der Bearbeitung des Themas zusammengewirkt habe und die mir ihre Unterstützung teilhaben ließen (insbesondere meiner Zweitbetreuerin Frau Prof. Dr. Kuhlmeier, Dr. Daniel Drewniak, Dr. Martin Holzhausen, Dr. Anja Behr und Torsten Hovorka).

Dankbar bin ich auch meiner Mutter Maria Meyer, ohne die ich heute diese Sätze nicht schreiben könnte und meinem verstorbenen Onkel Paul Hollender, der mich in Zeiten des Studiums und der Doktorarbeit sehr unterstützt hat.

Zwei weiteren Menschen möchte ich noch danken, die - ohne es zu ahnen – auch dazu beigetragen haben, dass ich die Kraft fand, diese Arbeit zu Ende zu bringen: meinen beiden Töchtern Ima und Alizée. Ihnen ist diese Arbeit gewidmet.