

Zur Transparenz der Qualität von Pflegeeinrichtungen

On Quality and Transparency of Care Facilities

Autoren

J. Möller, G. Zieres

Institut

Fachbereich Gesundheit und Pflege, Hamburger Fern-Hochschule,
Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Rheinland-Pfalz

Schlüsselwörter

- Qualität
- Transparenz
- Pflegeeinrichtungen
- Transparenzvereinbarung

Key words

- quality
- transparency
- care facilities for the elderly
- Germany

Zusammenfassung



Ziel: Der Gesetzgeber fordert die verständliche, übersichtliche und vergleichbare Darlegung der Qualität von Pflegeeinrichtungen (SGB XI § 115). Es wird untersucht, inwieweit die daraufhin abgeschlossenen Pflege-Transparenzvereinbarungen (PTV) dazu geeignet sind, die Qualität von Pflegeeinrichtungen zu ermitteln und transparent darzulegen.

Methodik: Analyse der Kriterien und Qualitätsbereiche für Pflegeeinrichtungen. Erläuterung der Bewertungssystematik und Darstellungsebenen der Prüfergebnisse. Umfangreiche Modellrechnungen.

Ergebnisse: Die Pionierleistung der Vertragspartner der PTV ist anzuerkennen. Allerdings überdecken bei den aktuellen PTV die Kriterien der Struktur- und Prozessqualität die Ergebnisqualität von Pflegeeinrichtungen. Aufgrund mehrerer aufeinanderfolgender Mittelwertberechnungen geht die Transparenz der Qualität von Pflegeeinrichtungen verloren. Dadurch sind gute Einrichtungen nicht als gute und schlechte sind nicht als schlechte erkennbar. Folglich gehen Anreize für exzellente Pflegedienstleistungen verloren. Die Anforderungen des Gesetzgebers werden durch die aktuellen PTV nicht erfüllt.

Schlussfolgerungen: Zusätzliche Bewertungsstufen sind einzuführen. Instrumente zur Anerkennung von Spitzenleistungen sind einzuführen. Die Ergebnisqualität ist zu stärken. Sogenannte k. o. Kriterien sind einzuführen.

Abstract



Aim: German law requires the transparency and quality of care facilities. Together with partnering organisations, German statutory health insurance funds made an agreement to analyse and present the quality of care facilities. Their underlying concept is assessed for its ability to corresponding legal requirements.

Method: Analysis of criteria for input-, throughput- and output-quality in care facilities. Explanation of assessment tool and illustration grid. Comprehensive calculations.

Results: The pioneering health insurance funds' work is appreciated. Throughput- and output-quality, however, overlap outcome quality, that is, poor performance is covered by good documentation. Incentives for the strive to care excellence are lost due to the transparency deficit of quality care facilities – the latter caused by multiple average determination of quality indicators. Methodical requirements are not yet achieved.

Conclusion: Establish additional assessment grades and tools to recognise excellence in care facilities for the elderly. The statutory health insurance funds' concept needs to strengthen considerations of outcome quality. Knockout criteria are to be installed to improve concept's acceptance and prestige in expert circles.

Bibliografie

DOI 10.1055/s-0028-1109638
Online-Publikation: 28.7.2009
Gesundh ökon Qual manag
2010; 15: 39–44 © Georg
Thieme Verlag KG Stuttgart ·
New York · ISSN 1432-2625

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Johannes Möller, MPH
Dekan des Fachbereiches
Gesundheit und Pflege,
Hamburger Fern-Hochschule
Alter Teichweg 19
22081 Hamburg
johannes.moeller@hamburger-
fh.de

1. Ausgangssituation



Gesundheit ist ein elementares menschliches und gesellschaftliches Anliegen. Sie ist neben dem Recht auf Unversehrtheit ein Grundrecht in der Menschenrechtscharta der Vereinten Na-

tionen.¹ Gesundheit zu bewahren, zu verbessern oder wiederherzustellen ist primärer Zweck von Gesundheitsorganisationen. Angesichts der demografischen Entwicklung rückt die Qualität

¹ Weltgesundheitsklärung, verabschiedet auf der 51. Weltgesundheitsversammlung vom 21. Mai 1998.

von Gesundheitsorganisationen, die sich mit dem Wohlbefinden pflegebedürftiger Menschen befassen, mehr und mehr ins Zentrum der Überlegungen. Die Transparenz der Qualität von Pflegeeinrichtungen hat gesellschaftliche Bedeutung erlangt. Der Gesetzgeber hat diese Bedeutung erkannt und gehandelt. Im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 28. Mai 2008 wurde geregelt, dass die Landesverbände der Pflegekassen die Qualität von Pflegeeinrichtungen sicherstellen und veröffentlichen. Die Darlegung der Prüfergebnisse hat „insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität verständlich, übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei zu erfolgen. Hierbei sind die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (...) zugrunde zu legen“ (SGB XI §115 Abs. 1a).

Zur Verwirklichung dieser Vorgabe haben die Spitzenverbände² der Pflegekassen und -einrichtungen im Beteiligungsverfahren³ sogenannte Pflege-Transparenzvereinbarungen [1, 2] abgeschlossen.

Ziel dieser Untersuchung ist es, exemplarisch am Beispiel der Pflege-Transparenzvereinbarung stationär⁴ zu überprüfen, inwieweit die vom Gesetzgeber geforderte Darlegung der Qualität von Pflegeeinrichtungen verwirklicht wird. Dazu werden zunächst die vereinbarten Kriterien und Qualitätsbereiche für Pflegeeinrichtungen aufgelistet (Kapitel 2). Anschließend werden die Bewertungssystematik und die Darstellungsebenen der Prüfergebnisse erläutert (Kapitel 3). Sie werden sodann am Beispiel einer exemplarischen Pflegeeinrichtung durchgerechnet und diskutiert (Kapitel 4). Aus alledem werden Schlussfolgerungen zur Transparenz der Qualität von Pflegeeinrichtungen gezogen (Kapitel 5).

2. Kriterien und Qualitätsbereiche für Pflegeeinrichtungen



Zur Durchführung von Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen erteilen die Landesverbände der Pflegekassen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) Prüfaufträge. Danach sind die rund 11000 in der Bundesrepublik Deutschland zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen bis zum 31.12.2010 mindestens einmal und ab dem Jahre 2011 regelmäßig im Abstand von höchstens einem Jahr zu prüfen.

Der MDK prüft unangekündigt an Ort und Stelle, ob die zugelassenen Pflegeeinrichtungen die Leistungs- und Qualitätsanforderungen erfüllen. Regelprüfungen beinhalten auch Inaugenscheinnahmen des gesundheitlichen und pflegerischen Zustandes von Pflegebedürftigen.⁵ Sie erfassen

- ▶ den Pflegezustand und die Wirksamkeit von Pflegemaßnahmen (Ergebnisqualität),
- ▶ den Ablauf der Versorgung (Prozessqualität) sowie
- ▶ die Rahmenbedingungen der Leistungserbringung (Strukturqualität).

Die in der Pflege-Transparenzvereinbarung verabschiedeten 82 Kriterien für stationäre Pflegeeinrichtungen⁶ umfassen einen Teil des Kriterienkatalogs des MDK und verteilen sich auf insgesamt fünf Qualitätsbereiche:

1. Pflege und medizinische Versorgung (Kriterien 1 – 35)
2. Umgang mit demenzkranken Bewohnern (Kriterien 36 – 45)
3. Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung (Kriterien 46 – 55)
4. Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene (Kriterien 56 – 64)
5. Befragung der Bewohner⁷ (Kriterien 65 – 82)

Die Ergebnisse seiner umfassenden Prüfung von Pflegeeinrichtungen stellt der MDK einrichtungsbezogen in einem etwa 10–20-seitigen Prüfbericht zusammen und leitet diesen den Landesverbänden der Pflegekassen zu. Die geprüften Pflegeeinrichtungen erhalten Gelegenheit zur Stellungnahme. Die vollständigen Prüfberichte des MDK sind der Öffentlichkeit nicht zugänglich. Hier setzt die Pflege-Transparenzvereinbarung an. Sie sieht folgende Bewertungssystematik und Darstellungsebenen für einen Teil der Prüfergebnisse des MDK vor.

3. Bewertungssystematik und Darstellungsebenen der Prüfergebnisse



Die Spitzenverbände der Pflegekassen haben sich in der Pflege-Transparenzvereinbarung stationär auf drei Bewertungs- und auf zwei Darstellungsebenen für die Prüfergebnisse des MDK geeinigt: Bewertung der Kriterien (Abschnitt 3.1), Bewertung der Qualitätsbereiche (Abschnitt 3.2) und Bewertung der Pflegeeinrichtung (Abschnitt 3.3) sowie Darstellungsebene 1 und 2 der Prüfergebnisse (Abschnitt 3.4).

3.1 Bewertung der Kriterien

Jedes Kriterium wird auf einer Skala zwischen 0 (schlechteste Beurteilung) und 10 (beste Beurteilung) bewertet. Die Bewertung, der sogenannte Skalenwert, wird nach folgender **Tab. 1** in eine Note umgerechnet.

Tab. 1 Äquivalente von Noten und Skalenwerten.

Note	Skalenwert
sehr gut	8,7 – 10
gut	7,3 – < 8,7
befriedigend	5,9 – < 7,3
ausreichend	4,5 – < 5,9
mangelhaft	0 – < 4,5

² Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 53 SGB XI („GKV Spitzenverband“), Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände.

³ Dem Medizinischen Dienst des GKV-Spitzenverbandes sowie Organisationen zur Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen, Verbraucherorganisationen auf Bundesebene sowie dem Verband der privaten Krankenversicherung und Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene wurde eine Beteiligung in Form einer Stellungnahme zur Transparenzvereinbarung eingeräumt.

⁴ Die folgenden Überlegungen lassen sich auf den Anwendungsbereich ambulanter Pflegeeinrichtungen übertragen. In diesem Falle ist die Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant [2] zu berücksichtigen.

⁵ Auf Anlassprüfungen sowie Wiederholungsprüfungen des MDK (vgl. SGB XI § 114) wird an dieser Stelle nicht eingegangen.

⁶ Siehe http://www.mds-ev.de/media/pdf/Transparenz-Vereinbarung_stationaer_Anlage_1_Stand_17-12-2008.pdf.

⁷ Die in eine Prüfung einbezogenen Bewohner werden entsprechend der Verteilung der Pflegestufen in der jeweiligen Einrichtung und innerhalb der Pflegestufen zufällig ausgewählt. Es werden 10% der Bewohner, jedoch mindestens fünf und höchstens 15 Bewohner in eine Prüfung einbezogen.

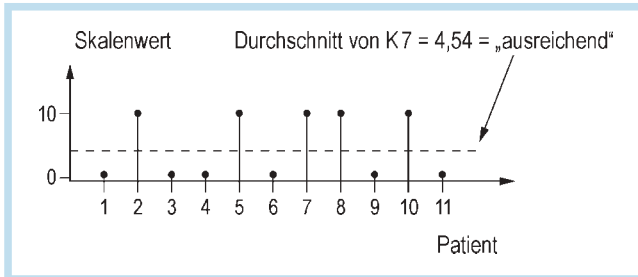


Abb. 1 Erfüllungsgang von Kriterium 7: Dekubitusprophylaxe.

Tab. 2 Äquivalente von Noten, Skalenwerten und Graduierung.

Note	Skalenwert	Graduierung
sehr gut	10	immer
gut	7,5	häufig
befriedigend		
ausreichend	5	gelegentlich
mangelhaft	0	nie

Bewohnerbezogene Kriterien⁸ werden für jeden einzelnen in die Stichprobe einbezogenen Heimbewohner bewertet. Sie können nur mit 0 oder mit 10 bewertet werden. Für alle zur Beurteilung des Kriteriums heran gezogenen Heimbewohner wird ein Mittelwert berechnet.

Beispiel

Das Kriterium 7 „Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?“ ist bei 5 von 11 Heimbewohnern erfüllt (Abb. 1). Der Skalenwert errechnet sich als $(5 \times 10) + (6 \times 0) = 50$ sowie $50 / 11 = 4,54$. Für das Kriterium 7 wird die Note „ausreichend“ vergeben.

Die Kriterien 65–82 der Bewohnerbefragung (Qualitätsbereich 5) werden nach vier verschiedenen Abstufungen bewertet, die allerdings nicht in die Gesamtnote eingehen (Tab. 2).

Einrichtungbezogene Kriterien⁹ lassen ebenfalls nur eine dichotome Bewertung (0 = nicht erfüllt; 10 = erfüllt) zu. Da sie auf die gesamte Pflegeeinrichtung bezogen werden, sind sie nur einmal zu erheben und eine Mittelwertberechnung entfällt.

3.2 Bewertung der Qualitätsbereiche

Für jeden der fünf Qualitätsbereiche wird als Bereichsbewertung das arithmetische Mittel der Bewertungen der einzelnen Kriterien ausgewiesen.

Beispiel

Der Bereich 1 „Pflege und medizinische Versorgung“ besteht aus 35 Kriterien.

Die Kriterien Nr. 7 (Dekubitusprophylaxe), Nr. 12 (Medikamentenversorgung), Nr. 18 (Flüssigkeitsversorgung), Nr. 26 (Sturzprophylaxe), Nr. 28 (Kontrakturprophylaxe), Nr. 30 (freiheitseinschränkende Maßnahmen) und Nr. 31 (Körperpflege) werden bei jeweils 5 von 11 Patienten erfüllt (Skalenwert 4,54/Note „ausreichend“/siehe Beispiel zu 3.1). Die einrichtungsbezogenen Kriterien 34 und 35 werden erfüllt (Skalenwert 10/Note „sehr gut“). Die verbleibenden 26 bewohnerbezogenen Kriterien erhalten annahmegemäß im Mittel den Skalenwert 8,39 („gut“).¹⁰ Die Gesamtbewer-

⁸ Die Kriterien 1–33, 36–39 sowie 44 sind bewohnerbezogene Kriterien. Die Kriterien 65–82 bilden den Bereich „Befragung der Bewohner“.

⁹ Die Kriterien 34–35, 40–43 sowie 45–64 sind einrichtungsbezogene Kriterien.

tung des Bereiches 1 ergibt sich dann aus $(7 \times 4,54) + (2 \times 10) + (26 \times 8,39) = 270$ sowie $270 / 35 = 7,7$. Der Qualitätsbereich 1 „Pflege und medizinische Versorgung“ erhält die Note „gut“ (Abb. 2).

3.3 Bewertung der Pflegeeinrichtung

Die Gesamtbewertung der Pflegeeinrichtung wird als arithmetisches Mittel der Bewertungen der Kriterien 1–64 der Qualitätsbereiche 1–4 ausgewiesen.

Beispiel

Das betrachtete Pflegeheim erhält in Bereich 1 den Skalenwert 7,7 („gut“ Abb. 2) sowie annahmegemäß in Bereich 2 den Skalenwert 7,2 („befriedigend“), in Bereich 3 den Skalenwert 9,0 („sehr gut“), in Bereich 4 den Skalenwert 4,4 („mangelhaft“) sowie in Bereich 5 den Skalenwert 3,0 („mangelhaft“). Aufgrund der Bewertungssystematik der Pflege-Transparenzvereinbarung erhält die betrachtete Pflegeeinrichtung den gemittelten Skalenwert 7,4 und damit die Gesamtnote „gut“ (Abb. 3).¹⁰

3.4 Darstellungsebenen der Prüfergebnisse

Die Vertragspartner der Pflege-Transparenzvereinbarung haben sich auf zwei Ebenen der Darstellung der Prüfergebnisse geeinigt. Auf Darstellungsebene 1 erfolgen Strukturangaben zur Pflegeeinrichtung (z.B. Name und Adresse der Einrichtung, Anzahl der versorgten und befragten Bewohner, Leistungsangebote) sowie die Darstellung der durchschnittlichen Bewertungen der Qualitätsbereiche wie in Abb. 3 dargestellt. Sofern es gleichwertige Prüfergebnisse oder Durchschnittswerte im Bundesland der geprüften Pflegeeinrichtung gibt, werden diese ebenfalls in verdichteter Form (Mittelwerte) dargestellt.

Auf Darstellungsebene 2 werden die Durchschnittswerte jener Kriterien abgebildet, die dem jeweiligen Qualitätsbereich zugeordnet sind (Abb. 2). Im Rahmen der freiwilligen Selbstausskunft der Pflegeeinrichtungen besteht die Möglichkeit, weitere Strukturdaten (z.B. pflegerische Schwerpunkte, Kooperationen mit medizinischen Einrichtungen) anzugeben.

Die Landesverbände der Pflegekassen übersenden die für die Veröffentlichung vorgesehenen Ergebnisse den Pflegeeinrichtungen. Diese können innerhalb von 28 Kalendertagen dazu Stellung beziehen und eventuelle strittige Fragen zwischen beiden Parteien klären. Nach Ablauf dieser Frist werden die Prüfergebnisse von den Landesverbänden der Pflegekassen veröffentlicht. Die stationären Pflegeeinrichtungen hängen die Prüfergebnisse der Darstellungsebene 1 (Abb. 3) grafisch aufbereitet an gut sichtbarer Stelle aus.

4. Diskussion



Mit dem Zustandekommen der Pflege-Transparenzvereinbarung wird Neuland betreten [3]. Nach und nach wird es dadurch möglich sein, Pflegeeinrichtungen bundesweit nach einheitlichen Kriterien miteinander zu vergleichen [4]. Und auch die gestiegene Prüffrequenz stellt eine Verbesserung der Situation in den Pflegeeinrichtungen in Aussicht [5]. Diese Entwicklung ist zu würdigen [6]. Inwiefern es dadurch gelingt, Transparenz hinsichtlich der Qualität von Pflegeeinrichtungen zu schaffen, hat inhaltliche (Abschnitt 4.1) und methodische Aspekte (Abschnitt 4.2).

¹⁰ Vollständige Modellrechnung beim Erstautor.

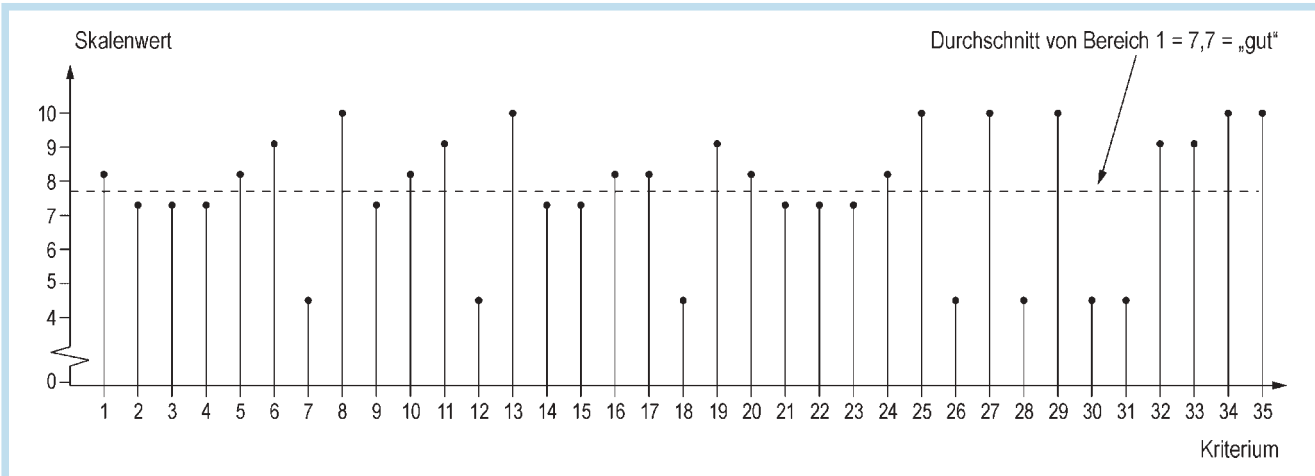


Abb. 2 Erfüllungsgrad von Bereich 1: Pflege und medizinische Versorgung (Legende: Kriterien 7, 12, 18, 26, 28, 30, 31 = $[(5 \times 10) + (6 \times 0)] / 11 = 4,54$; Kriterien 2, 3, 4, 9, 14, 15, 21, 22, 23 = $[(8 \times 10) + (3 \times 0)] / 11 = 7,27$;

Kriterien 1, 5, 10, 16, 17, 20, 24 = $[(9 \times 10) + (2 \times 0)] / 11 = 8,18$, Kriterien 6, 11, 19, 32, 33 = $[(10 \times 10) + (1 \times 0)] / 11 = 9,09$, Kriterien 8, 13, 25, 32, 27, 29, 34, 35 = $[(11 \times 10) + (0 \times 0)] / 11 = 10,0$).

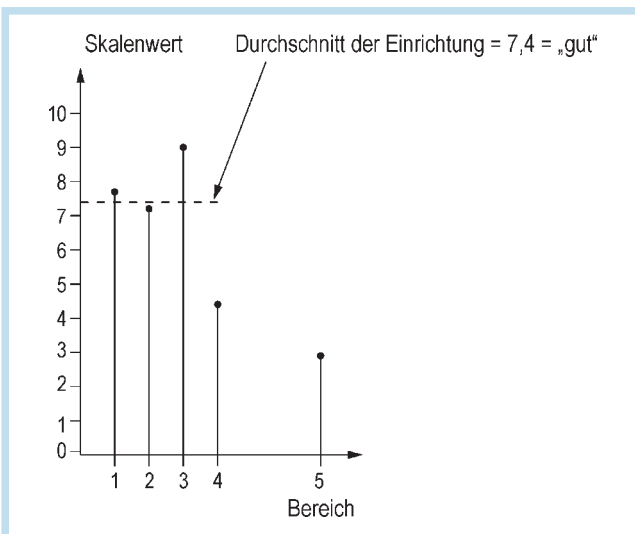


Abb. 3 Erfüllungsgrad der Pflegeeinrichtung (Legende: Bereich 1 = 7,7; Bereich 2 = 7,2; Bereich 3 = 9,0; Bereich 4 = 4,4; Bereich 5 = 3,0).

4.1 Inhaltliche Aspekte

Der Umgang mit demenzkranken Bewohnern (Kriterien 36–45) als eigenständiges Themenfeld der Pflege-Transparenzvereinbarung ist grundsätzlich positiv zu bewerten.

Die Pflegeeinrichtung, die in den [Abb. 1–3](#) exemplarisch vorgestellt wurde, weist folgende Stärken und Verbesserungspotenziale auf:

Besondere Stärken der Einrichtung sind ihre Dokumentation von Gesundheitsrisiken (z.B. Kriterien 1, 6, 11, 13, 16, 20, 24, 25, 27) und ihre Schulungen und Verfahrensanleitungen zur Ersten Hilfe (Kriterien 34, 35; [Abb. 2](#)). Auch die Anforderungen an die soziale Betreuung und die Alltagsgestaltung von Pflegebedürftigen (Bereich 3; Kriterien 46–55) werden in der betrachteten Einrichtung erfüllt ([Abb. 3](#)).

Deutliche Verbesserungspotenziale sind bei der Versorgung der Patienten ([Abb. 2](#)) und beim Schutz vor Gefahren ([Abb. 1](#)) vorhanden. Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene

(Bereich 4; Kriterien 56–64) sind mangelhaft. Die Befragung der Bewohner offenbart deren erhebliche Unzufriedenheit (Bereich 5; Kriterien 65–82) mit der betrachteten Einrichtung ([Abb. 3](#)).

4.2 Methodische Aspekte

Stichprobenauswahl

Die Stichprobenauswahl von Heimbewohnern ist positiv zu bewerten. Sie gewährleistet eine gewisse Randomisierung und Repräsentativität der Prüfungsergebnisse.

Mittelwert je Kriterium

33 von 35 Kriterien von Qualitätsbereich 1: Pflege und medizinische Versorgung sind bewohnerbezogene Kriterien. Sie werden für jeden in die Stichprobe einbezogenen Bewohner einzeln erhoben. Bei der Darstellung der Prüfungsergebnisse werden jedoch nicht die Einzelergebnisse, sondern die Mittelwerte je Kriterium veröffentlicht. Im o.g. Beispiel der [Abb. 1](#) erfahren die Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörige, dass die untersuchte Einrichtung bei der Dekubitusprophylaxe (Kriterium 7) mit „ausreichend“ abscheidet. Sie erfahren nicht, dass bei der Mehrzahl der Bewohner (6 von 11) infolge unterlassener Schutzmaßnahmen Druckgeschwüre entstanden sind. Dieselbe Argumentation lässt sich auf die Medikamenten- und Flüssigkeitsversorgung, die Sturz- und Kontrakturprophylaxe, die freiheitseinschränkenden Maßnahmen und die Körperpflege übertragen ([Abb. 2](#)).

Mittelwert je Bereich

Die Darlegung der Prüfungsergebnisse je Qualitätsbereich erfolgt ebenfalls durch Mittelwerte. Somit erfahren die Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörige, dass die untersuchte Einrichtung im Qualitätsbereich 1: „Pflege und medizinische Versorgung“ die Gesamtnote „gut“ erzielt ([Abb. 2](#)). Sie erfahren nicht, dass die Mehrheit der Versicherten in den Kriterien 7, 12, 18, 26, 28, 30 und 31 zu Schaden kommt, denn diese Mängel werden mit den Durchschnittswerten anderer Kriterien (z.B. Dokumentationsaufgaben in den Kriterien 1, 6, 11, 13, 16, 20, 24, 25, 27) verrechnet („Mittelwert der Mittelwerte“).

Mittelwert je Einrichtung

Für die Gesamtbeurteilung der Pflegeeinrichtung wird eine noch größere Grundgesamtheit an Einzelbewertungen zusammengefasst und daraus ein weiterer Durchschnittswert gebildet. Hier bekommen dann Fragen nach bedarfsgerechtem Speisenangebot (Kriterium 45), nach der Veranstaltung von jahreszeitlichen Festen (Kriterium 48), nach der Kontaktaufnahme zum örtlichen Gemeinwesen (Kriterium 49), nach der Gestaltung von Gemeinschaftsräumen (Kriterium 57), nach der Bekanntgabe des Speiseplans (Kriterium 62) sowie nach der Portionsgröße von Mahlzeiten (Kriterium 63) dieselbe Wertigkeit wie Fragen nach dem Schutz vor körperlicher Gefährdung oder Schädigung (z. B. Kriterien 7, 12, 18, 26, 28, 30, 31). Im Falle der o.g. Einrichtung erfahren die Pflegebedürftigen oder deren Angehörige, dass es sich um eine gute Einrichtung handelt (Abb. 3). Da spielt es keine Rolle, dass die Einrichtung neben den oben bereits angesprochenen Mängeln (Abschnitt 3.1 und 3.2) gravierende Schwächen bei Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene (Qualitätsbereich 4 mit Skalenwert 4,4= „mangelhaft“) aufweist. Auch die Unzufriedenheit der befragten Bewohner (Qualitätsbereich 5 mit Skalenwert 3,0= „mangelhaft“) hat laut Pflege-Transparenzvereinbarung in deren aktueller Ausgestaltung keinen Einfluss auf die Beurteilung der untersuchten Einrichtung.

Fazit

Durch die wiederholte Zusammenfassung von Einzelwerten und deren mehrmalige Mittelwertbildung gehen Detailinformationen der Ergebnis- und Lebensqualität verloren. Sie werden durch die vereinbarten Darstellungsebenen verschleiert. Trotz erheblicher Mängel und akuter Gefahrensituationen kommt es im durchgerechneten Fallbeispiel zu einer guten Gesamtbewertung der Pflegeeinrichtung (Abb. 1–3). Für den Pflegebedürftigen ist die „wahre“ Qualität der Pflegeeinrichtung nicht erkennbar. Die Anforderungen des Gesetzgebers an die Verständlichkeit, an die Übersichtlichkeit und an die Vergleichbarkeit der Prüfungsergebnisse werden durch die aktuelle Ausgestaltung der Pflege-Transparenzvereinbarung nicht erfüllt.

5. Schlussfolgerungen



Mehrere Nachbesserungen sind erforderlich, falls die Anforderungen des Gesetzgebers erfüllt und Anreize für exzellente Pflegedienstleistungen geboten werden sollen.

5.1 Zusätzliche Bewertungsstufen einführen

Die Kriterien 1–64 können bislang nur mit 0 oder 10 bewertet werden. Da Zwischenwerte nicht möglich sind, wird die tatsächliche Qualität der pflegerischen Versorgung nicht differenziert dargestellt.

Beispiel

Kriterium 41 untersucht, ob gesicherte Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien vorhanden sind. Die Ausgestaltung der Aufenthaltsräume wird nicht beurteilt, denn deren bloßes Vorhandensein, unabhängig von der gebotenen Ausstattung und von dem betriebenen Aufwand, ist mit 10 Punkten zu bewerten. Engagierte Einrichtungen, die mit individuellen Orientierungshilfen arbeiten (Kriterium 43), werden dafür nicht besonders anerkannt. Unabhängig von dem Ausprägungsgrad sind 10 Punkte zu verge-

ben. Nur dort, wo es gar keine Orientierungshilfen gibt, werden 0 Punkte vergeben.

Um diesen methodischen Mangel zu beseitigen sind zusätzliche Bewertungsstufen einzuführen.

5.2 Spitzenleistungen anerkennen

Einige der 64 Kriterien bilden den aktuellen Standard in der Pflege ab, z. B. „Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?“ (Kriterium 10) oder „Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbstständigen Nahrungsversorgung durchgeführt?“ (Kriterium 14). Andere Kriterien stellen Mindeststandards dar, z. B. „Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?“ (Kriterium 2) oder „Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?“ (Kriterium 4). Erfüllt eine Pflegeeinrichtung diese selbstverständlichen Anforderungen, so erhält sie den höchstmöglichen Skalenwert 10 mit entsprechender Note „sehr gut“.

Erfüllt eine Pflegeeinrichtung höhere als diese Mindestanforderungen, so erhält sie dafür keine bessere Bewertung. Hat eine Einrichtung eine zusätzliche Präsenzkraft eingestellt und gewährleistet sie eine durchgängige biografieorientierte Alltagsgestaltung, so kann sie sich beispielsweise in Kriterium 44 (bewohnerbezogene Angebote) nicht gegenüber einer Pflegeeinrichtung abgrenzen, die einmal täglich ein begrenztes Betreuungsangebot (z. B. eine Stunde Brettspiele) durchführt. Indem sie die Erfüllung pflegerischer Mindestanforderungen mit Höchstwerten anerkennt, fördert die Bewertungssystematik der Pflege-Transparenzvereinbarung eine ordnungsgemäße Pflegequalität. Auf diese Weise ist es allerdings nicht möglich, sehr gute von durchschnittlichen Pflegeeinrichtungen zu unterscheiden. Anreize für Spitzenleistungen gehen von einer solchen Regelung nicht aus.

Um diesen Mangel zu beseitigen, sind die vorhandenen Mindeststandards bzw. Mindestanforderungen um Exzellenzstandards zu ergänzen.

5.3 Ergebnisqualität stärken

Von 64 Einzelkriterien bilden lediglich 17 Kriterien die Ergebnisqualität der Einrichtung ab. Außerdem fließen die Befragungsergebnisse der Bewohner (Kriterien 65–82), die eine Einschätzung der empfundenen Lebensqualität ermöglichen, gar nicht in die Gesamtbewertung der geprüften Einrichtung ein. Durch das Übergewicht der Struktur- und Prozesskriterien werden Anreize gesetzt, durch sorgfältige Dokumentation und die Erfüllung von Mindeststandards eine ansprechende Gesamtbewertung zu erlangen. Die Überdeckung der gefühlten Ergebnis- und Lebensqualität der Heimbewohner durch Strukturmerkmale der Einrichtung widerspricht den Forderungen des Gesetzgebers.

Um diesen Mangel zu beseitigen, sind Struktur- und Prozessgrößen durch Kriterien der Ergebnisqualität zu ersetzen. Die Ergebnisse der Bewohnerbefragung, die mit wissenschaftlichen Methoden ermittelt werden können, sollten in die Gesamtbewertung der Pflegeeinrichtung einfließen. Beide Maßnahmen würden die Bedeutung der Ergebnisqualität stärken.

5.4 K.-o.-Kriterien einführen

Die Pflege-Transparenzvereinbarung bietet Pflegeeinrichtungen die Möglichkeit, gravierende Versorgungsmängel durch Mittelwertbildung und „fachfremde“ Leistungen auszugleichen.

Misstände bei der Ernährung, der Medikamenten- und Flüssigkeitsversorgung, der Sturz- und Dekubitusprophylaxe, der Wundversorgung, dem Umgang mit Demenzkranken sowie bei der Hygiene führen bislang nicht automatisch zu einer mangelhaften Bewertung der Gesamteinrichtung. Das wurde in **Abb. 2** exemplarisch durchgerechnet.

Um diesen Mangel zu beseitigen, sind sogenannte K.-o.-Kriterien einzuführen. Einrichtungen, die solche K.-o.-Kriterien nicht erfüllen, werden automatisch als „mangelhaft“ bewertet.

5.5 Ausblick

Angesichts der augenblicklichen Bewertung und Darlegung der Prüfungsergebnisse ist zu erwarten, dass es keine mangelhaften Pflegeeinrichtungen geben wird – vermutlich nicht einmal solche mit der Gesamtnote „ausreichend“. Die Anforderungen des Gesetzgebers werden durch die aktuelle Ausgestaltung der Pflege-Transparenzvereinbarung nicht erfüllt. Maßnahmen zur Heilung der beschriebenen Mängel wurden vorgestellt.

Literatur

- 1 Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der Qualitätsprüfungen der medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowie gleichwertige Prüfergebnisse in der stationären Pflege. Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS)- vom 17. Dezember 2008
- 2 Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der Qualitätsprüfungen der medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowie gleichwertige Prüfergebnisse in der ambulanten Pflege. Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA)- vom 17. Dezember 2008
- 3 Möller J, Heib K. Qualität in Gesundheitseinrichtungen In: Schulenburg J, Greiner W (Hrsg). Betriebliches Gesundheitsmanagement. Bern: Hans Huber, 2008: Kapitel 3.4
- 4 Schneider T, Sommerfeld W, Möller J. Länderübergreifende Audits der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung. Das Gesundheitswesen 2003; 65: 365–370
- 5 Seitz B, Weibler-Villalobos U, Zieres G. Der einrichtungsbezogene Qualitätsbericht. Altenheim 2007; 9: 36–38
- 6 Weibler U, Zieres G. Qualität in der Altenpflege. Bestandsaufnahme – Informationen – Ratgeber. Nierstein: Iatros, 2005