

Qualitätsberichterstattung

Chance oder Risiko für die ambulante Pflege?

Johannes Möller¹, Heidi Panhorst¹, Gundo Zieres²

Zusammenfassung

Die 2009 geschlossene „Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant“ (PTVA) soll die Qualität der durch Pflegedienste erbrachten Leistungen transparent und vergleichbar darlegen sowie deren schrittweise Verbesserung gewährleisten. In diesem Artikel werden Anspruch und Realität der PTVA gegenübergestellt. Anhand eines Rechenbeispiels wird die Funktionsweise der PTVA verdeutlicht und analysiert, welche Anreizstrukturen von diesem Instrument der Qualitätsberichterstattung (QBE) ausgehen. Zwar besitzt QBE das Potenzial zur Verbesserung der Versorgungsqualität, von den Qualitätskriterien, Bewertungssystemen und Darstellungsformen der PTVA jedoch gehen derzeit weder Impulse für Transparenz noch Anreize für pflegerische Spitzenleistungen aus. Vertreter der Zielgruppen sind in die weitere Entwicklung und Evaluation der Kriterien und Berichtsinstrumente einzubeziehen und es sind lebensnahe Formen der Datenaufbereitung zu wählen. Die PTVA ist um Exzellenzstandards der Ergebnis- und Lebensqualität zu ergänzen. Es sind differenzierte Bewertungsstufen einzuziehen und – für den Fall mangelhafter Versorgungsqualität – so genannte k.o.-Kriterien einzuführen. Von einer leichtfertigen Berechnung von Mittelwerten ist abzusehen. Darüber hinaus sollte eine aussagekräftige Fallzahl in die Begutachtung der Pflegedienste einbezogen werden. Schließlich sollten die Besonderheiten der ambulanten Versorgung (z. B. Wahlleistungskatalog) berücksichtigt werden.

Schlüsselworte: Qualitätsberichterstattung, Pflege-Transparenzvereinbarung, Pflegenoten, Pflege-TÜV, Pflegedienst

Public Reporting on Quality Opportunity or threat for professional nursing homecare?

Summary

The German federal public reporting system on the quality of home care entitled “Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant” (PTVA) is meant to reveal excellence and improve performance. But does the PTVA meet these demands? In this article the German reporting system on the quality of home care is introduced and assessed using a numeric example. Incentives resulting from the PTVA are analysed. Although reports on quality may generally advance quality of healthcare, the PTVA does not evoke quality improvement. Moreover, neither criteria, nor assessment framework or display format from the PTVA motivate nursing care providers to excellence. Instead resource adjustment from people-intensive care to administrative structures is triggered. Data suggested that the recorded mean of quality assessment results improve while the quality of nursing home care may coincidentally drop (adverse effect). To improve the public reporting system users have to be involved in the development process of the PTVA. Furthermore, the PTVA should focus on parameters of outcome quality and quality of life. Finally, the instrument's scales and rating system have to be adapted as well.

Keywords: Public reporting, assessment of nursing care, out-patient care, home healthcare

HeilberufeSCIENCE 2010; 1 (4): 114–120
DOI 10.1007/s16024-010-0423-3

¹HFH – Hamburger Fern-Hochschule

²Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Rheinland-Pfalz

Ausgangssituation

Öffentliche Berichterstattung zur Qualität der gesundheitlichen Versorgung wird als ein Instrument gesehen, um Verbesserungen anzustoßen. Durch die Veröffentlichung einrichtungsbezogener Informationen sollen die Leistungserbringer motiviert werden, die Qualität aktiv zu fördern [1, 2]. Voraussetzung dafür ist, dass Patienten und andere Nutzer Vertrauen in diese Informationen entwickeln und diese auch tatsächlich für Auswahlentscheidungen verwenden [3, 4, 5]. Dieses wiederum ist davon abhängig, inwieweit patientenrelevante Informationen vermittelt werden [6]. Neben Ergebnisindikatoren wird sozialen und kommunikativen Kompetenzen des Versorgers [7] sowie der Kooperation der an der Behandlung beteiligten Einrichtungen eine wichtige Rolle zugesprochen [8]. Aber auch Informationen in Form von Anekdoten und die Meinung von anderen Patienten sind für die Nutzer von Relevanz [9]. Wie all dieses sinnvoll in Qualitätsberichte, etwa im Internet, eingebunden werden kann, ist teilweise unklar [10]. Hierbei sind eventuelle sprachliche, technische und kulturelle Barrieren bei Nutzern von Qualitätsdaten (z. B. Personen mit Migrationshintergrund, ältere Personen) zu überwinden [11].

Ein modernes Instrument zur öffentlichen Berichterstattung über die Qualität in der ambulanten Pflege wird im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 28. Mai 2008 definiert. Dort wird bestimmt, „dass die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität, insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität, für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar ... veröffentlicht werden“ (§ 115, Abs. 1a, SGB XI). Zur Verwirklichung dieser im Volksmund als „Pflegenoten“ oder auch als „Pflege-TÜV“ bezeichneten Form der öffentlichen Berichterstattung in der Pflege haben die Spitzenverbände¹ der Pflegekassen und -einrichtungen so genannte Pflege-Transparenzvereinbarungen getroffen [12, 13]. Für Pflegedienste gilt die „Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant“ [13].

Im Folgenden wird die Funktionsweise der Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA) beschrieben. Anschließend werden die Anreizstrukturen analysiert, mit denen die PTVA ambulante Pflegedienste zu vorbildlicher Pflege anregen soll. Unter Einbezug internationaler Erfahrungen werden aus alledem Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Qualitätsberichterstattung in der Gesundheitsversorgung abgeleitet.

Funktionsweise der PTVA

Die Landesverbände der Pflegekassen erteilen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Aufträge für Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten. Die Qualitätsprüfungen erfolgen entsprechend der vereinbarten Bewertungssystematik [14] nach insgesamt 49 Kriterien [15] in vier Qualitätsbereichen:

- 1 Pflegerische Leistungen (Kriterien 1 – 17)
- 2 Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen (Kriterien 18 – 27)
- 3 Dienstleistung und Organisation (Kriterien 28 – 37)
- 4 Befragung der Kunden (Kriterien 38 – 49)

Beurteilung der Qualität

Die Kriterien 1 – 37 werden zunächst einzeln auf einer Skala von 0 bis 10 bewertet, wobei 0 der schlechteste und 10 der beste Skalenwert ist. Die ermittelten Skalenwerte werden anschließend nach folgender Tabelle 1 in Noten umgerechnet.

Die Beurteilung der Qualität eines ambulanten Pflegedienstes erfolgt auf drei Ebenen: kriterienbezogen (2.1.1), bereichsbezogen (2.1.2) und einrichtungsbezogen (2.1.3).

Tab. 1

Tabelle 1: Zuordnung von Skalenwerten zu Noten

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

Beurteilung der Qualitätskriterien

Die kundenbezogenen Kriterien 1 – 28 werden für jeden einzelnen in die Stichprobe² einbezogenen Kunden des geprüften Pflegedienstes ermittelt. Ist das Kriterium erfüllt, wird der Skalenwert 10 vergeben. Bei Nichterfüllung resultiert der Skalenwert 0. Werte zwischen den Endpunkten 0 und 10 können nicht vergeben werden. Für alle zur Beurteilung herangezogenen Kunden eines ambulanten Pflegedienstes wird der Mittelwert je Kriterium errechnet. Trifft ein Kriterium für einen pflegebedürftigen Menschen nicht zu, so ist dieses nicht in die Bewertung und Mittelwertberechnung einzubeziehen (Abb. 1 und 2).

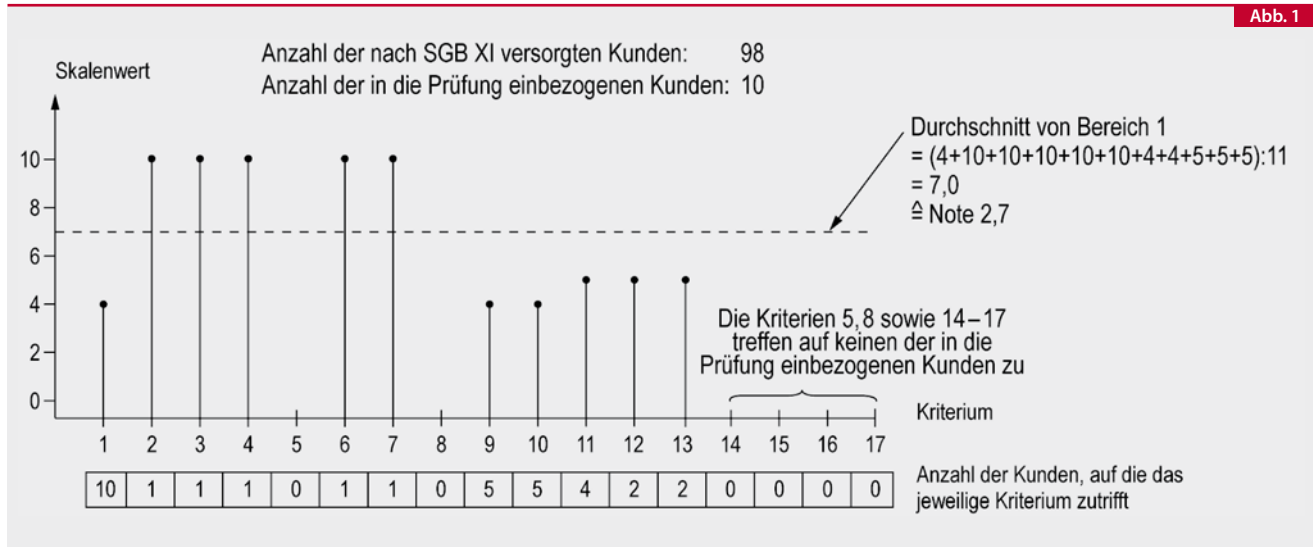
Die einrichtungsbezogenen Kriterien 29 – 37 beziehen sich auf den gesamten Pflegedienst und sind daher nur ein Mal zu bewerten. Hier kommen ebenfalls nur die Skalenwerte 0 und 10 in Frage. Die Ergebnisse der Kundenbefragung (Qualitätsbereich 4 mit den Kriterien 38 – 49) gehen nicht in die Gesamtbewertung des Pflegedienstes ein und werden in diesem Beitrag nicht weiter betrachtet.

Bei der Beurteilung der Qualitätskriterien wird also sowohl bei den kundenbezogenen als auch den einrichtungsbezogenen Kriterien lediglich zwischen „Kriterium erfüllt“ (10 Punkte) und „Kriterium nicht erfüllt“ (0 Punkte) unterschieden. Ob eine Leis-

¹ Spitzenverband Bund der Pflegekassen („GKV Spitzenverband“), Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände

² Zufallsstichprobe, bei der 10% der Pflegebedürftigen (mindestens 5 und höchstens 15 Personen) des ambulanten Pflegedienstes ausgewählt werden.

Abb. 1



Berechnung des Skalenwertes für Pflegerische Leistungen (Qualitätsbereich 1), Fall 1³

tung exzellent erbracht oder aber gerade so erfüllt wurde, wird nicht differenziert. In beiden Fällen werden 10 Punkte vergeben.

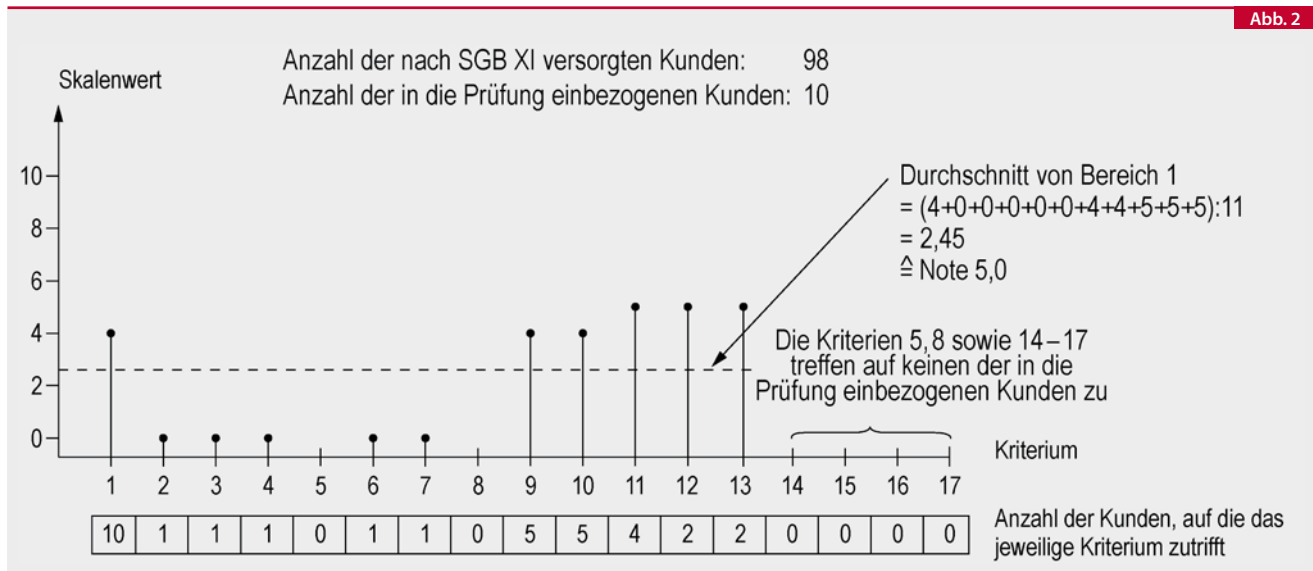
Beurteilung der Qualitätsbereiche

Die Beurteilung der vier Qualitätsbereiche wird als arithmetisches Mittel der Bewertungen der einzelnen Kriterien des jeweiligen Qualitätsbereiches ausgewiesen. Eine Gewichtung der Kriterien

innerhalb eines Bereiches wird nicht vorgenommen. Es werden ausschließlich vertraglich vereinbarte Leistungen in die Berechnung einbezogen. Erbrachte Leistungen, die über das vertraglich festgelegte hinausgehen, werden nicht berücksichtigt.

Abbildung 1 zeigt die Skalenwerte (Ordinate), die in den 17 Kriterien (Abszisse) des Qualitätsbereiches 1: Pflegerische Leistungen erzielt wurden.

Abb. 2

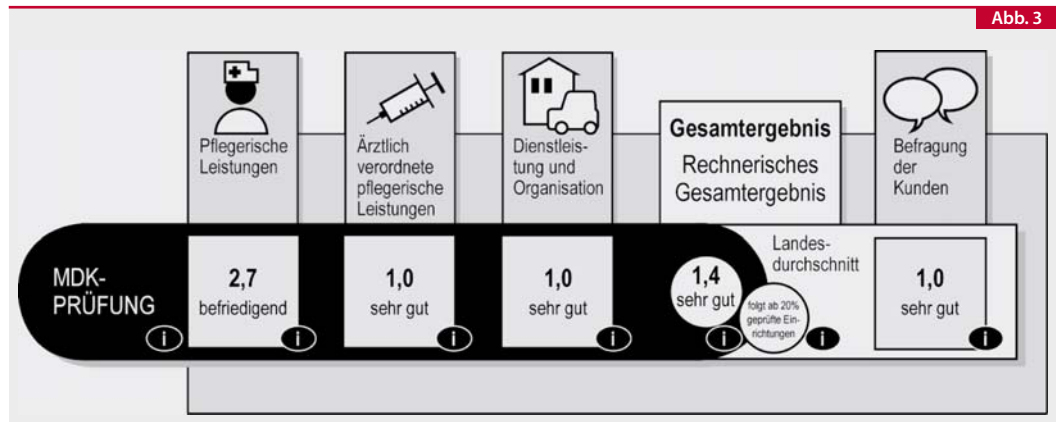


Berechnung des Skalenwertes für Pflegerische Leistungen (Qualitätsbereich 1), Fall 2⁴

³ Rechenweg zu den dargestellten Skalenwerten: Kriterium 1 = $[(4 \times 10) + (6 \times 0)] : 10 = 4$; Kriterien 2, 3, 4, 6, 7 = $[(1 \times 10) + (0 \times 0)] : 1 = 10$; Bei den Kriterien 5, 8 sowie 14 bis 17 erfolgt keine Berechnung, da sie nicht zutreffen; Kriterien 9, 10 = $[(2 \times 10) + (3 \times 0)] : 5 = 4$; Kriterium 11 = $[(2 \times 10) + (2 \times 0)] : 4 = 5$; Kriterien 12, 13 = $[(1 \times 10) + (1 \times 0)] : 2 = 5$.

⁴ Rechenweg zu den dargestellten Skalenwerten: Kriterium 1 = $[(4 \times 10) + (6 \times 0)] : 10 = 4$; Kriterien 2, 3, 4, 6, 7 = $[(0 \times 10) + (1 \times 0)] : 1 = 0$; Bei den Kriterien 5, 8 sowie 14 bis 17 erfolgt keine Berechnung, da sie nicht zutreffen; Kriterien 9, 10 = $[(2 \times 10) + (3 \times 0)] : 5 = 4$; Kriterium 11 = $[(2 \times 10) + (2 \times 0)] : 4 = 5$; Kriterien 12, 13 = $[(1 \times 10) + (1 \times 0)] : 2 = 5$.

Erste Darstellungsebene der Pflegenoten im ambulanten Bereich entsprechend Fall 1 aus Abschnitt 2.1.2



Wie wechselhaft die Bewertung eines Qualitätsbereiches nach PTVA sein kann, lässt sich anhand der Kriterien für den Leistungskomplex „Hilfe bei Nahrungsaufnahme“ (Kriterien 2–4 sowie 6 und 7) verdeutlichen. Diese Kriterien treffen in Abbildung 1 nur auf einen der zehn in die MDK-Prüfung einbezogenen Kunden zu. Ändert sich die Bewertung bei diesem einen Patienten, zum Beispiel weil die Anforderungen der PTVA nicht erfüllt werden und die Kriterien daher mit „0 Punkten“ zu bewerten sind, so ändert sich die Gesamtbewertung des Qualitätsbereiches 1 von der Note 2,7 auf die Note 5,0 (vgl. Abb. 2).

Beurteilung des ambulanten Pflegedienstes

Die Gesamtbeurteilung des ambulanten Pflegedienstes ergibt sich als arithmetisches Mittel der Bewertungen der Kriterien 1–37. Kriterien, die nicht zutreffen, gehen nicht in die Berechnung der Gesamtbewertung ein, ebenso die Kriterien 38–49 aus Qualitätsbereich 4: „Befragung der Kunden“.

Im Rahmen der Gesamtbewertung werden also die Bewertungen für pflegerische Leistungen (insgesamt 17 Kriterien) mit den Bewertungen für ärztlich verordnete pflegerische Leistungen (insgesamt 10 Kriterien) sowie mit den Bewertungen für Dienstleistung und Organisation (insgesamt 10 Kriterien) verrechnet. Dabei können negative Bewertungen in einem Bereich durch positive Bewertungen in einem anderen Bereich ausgeglichen werden.

Darstellung der Qualität – Verfahren der Veröffentlichung

Der MDK fasst die ermittelten Ergebnisse in Qualitätsprüfberichten zu Händen der zuständigen Landesverbände der Pflegekassen zusammen. Parallel dazu werden die vereinbarten Daten an eine bundesweite „DatenClearingStelle“ übermittelt. Die ambulanten Pflegedienste erhalten die Möglichkeit zur Stellungnahme gegenüber den Pflegekassen. Nach Ablauf einer Frist von 28 Kalendertagen sollen die Prüfergebnisse von den Landesverbänden der Pflegekassen unter anderem im Internet veröffentlicht werden. Die Vertragspartner haben sich hierfür auf zwei Darstellungsebenen der Prüfergebnisse geeinigt.

Die Veröffentlichung der Prüfergebnisse wurde in einzelnen Fällen vorerst durch einstweilige Anordnungen von Sozialgerichten gestoppt [16]. Bei stationären Einrichtungen sahen Sozialgerichte im Einzelfall Gründe für eine einstweilige Anordnung [17], andernorts wurde einer Veröffentlichung der Transparenzberichte von Seiten des Gerichts zugestimmt [18]. Die Pflegetransparenzvereinbarung stationär wurde durch das Sozialgericht Münster inzwischen als nicht rechtmäßig erklärt [19].

Erste Darstellungsebene

Auf der ersten Darstellungsebene erfolgen Strukturangaben zum ambulanten Pflegedienst (z. B. Name und Adresse der Einrichtung, Anzahl der versorgten Kunden, Anzahl der in die Prüfung einbezogenen pflegebedürftigen Menschen, vertraglich vereinbarte Leistungsangebote) sowie die Darlegung der durchschnittlichen Bewertungen der Qualitätsbereiche (Abb. 3) und das Gesamtergebnis des ambulanten Pflegedienstes.

Im Rahmen der freiwilligen Selbstauskunft besteht die Möglichkeit, weitere Strukturdaten (z. B. pflegerische Spezialisierungen und Leistungsangebote wie ambulante Kinderkrankenpflegedienste, Kooperationen mit medizinischen Einrichtungen) sowie einen Kommentar zu dem erzielten Prüfergebnis abzugeben.

Zweite Darstellungsebene

Auf der zweiten Darstellungsebene werden die Durchschnittswerte der 49 Qualitätskriterien abgebildet und können an gut sichtbarer Stelle im ambulanten Pflegedienst ausgehängt werden. Entsprechende Darstellungen sind im Internet bereits einsehbar.⁵

Anreizstrukturen der PTVA

Die gesellschaftliche Meinungsbildung [3, 20], das Benchmarking [21, 22] und das Inanspruchnahmeverhalten der Kunden [23] führen dazu, dass die Prüfergebnisse existenziellen Charakter für Pflegedienste erlangen. Die Dienste sind also bestrebt, möglichst

⁵ Darlegung der Prüfergebnisse im Internet beispielweise unter www.pflegelotse.de, www.bkk-pflege.de, www.aok-gesundheitsnavi.de, www.der-pflegekompass.de.

gute Prüfungsnoten zu erlangen. Vor dem Hintergrund dieses „Notendrucks“ lassen sich auf Basis der in Kapitel 2 dargestellten Funktionsweise der PTVA folgende Anreizstrukturen für ambulante Pflegedienste ableiten:

- Die Beurteilung der Kriterien erfolgt anhand einer dichotomen Skala. Exzellente Pflege, die im Normalfall mit personalintensiver Betreuung und Versorgung verbunden ist, wird im Rahmen dieses Notensystems nicht mit Extrapunkten honoriert [24]. Für die Pflegedienste besteht somit kein Anreiz pflegerische Spitzenleistungen zu erbringen, die über ein standardisiertes, technisch-instrumentelles Pflegehandeln hinausgehen.
- Die Erfüllung branchenüblicher Pflegemindeststandards ist bei der PTVA bereits mit der Erreichung von Bestnoten verbunden [25]. Pflegedienste werden dadurch anregt, Ressourcen primär auf jene Bereiche zu konzentrieren, in denen eine Durchschnittspflege volle Punktzahlen erbringt, um im Gegenzug Ressourcen in personalintensiven Bereichen (wie z. B. persönlichen Betreuungssituationen) einzusparen.
- Als zentrale Datenquelle wird für die Qualitätsprüfung die Pflegedokumentation herangezogen. Die Pflegeeinrichtungen werden hierdurch gezwungen, verstärkt Ressourcen für die Dokumentation bereitzustellen, was wiederum zu Lasten der praktischen Pflege geht [26].
- Derzeit dominieren Kriterien der Struktur- und Prozessqualität gegenüber Kriterien der Ergebnis- und Lebensqualität die PTVA [25]. Hieraus resultiert für die Dienste der Anreiz, sich stärker auf den administrativen Aufbau und Abläufe der Verwaltung zu konzentrieren, anstatt Aktivitäten zur Verbesserung der Lebensqualität der zu Pflegenden zu fördern.
- Bei der Ermittlung der Pflegenoten werden aktuell negative mit positiven Bewertungen verrechnet [24]. Unzureichende pflegerische Leistungen können durch gute Benotungen in anderen Bereichen kompensiert werden. Mehrere aufeinanderfolgende Mittelwertberechnungen innerhalb der PTVA verschleiern somit die tatsächliche Qualität pflegerischer Dienstleistungen [25]. Für die Pflegedienste kann hieraus die Veranlassung entstehen, vorwiegend ökonomische anstelle pflegerischer Prioritäten zu bilden.
- Eine Verbesserung der Transparenznoten geht also nicht zwingend mit einer verbesserten Versorgung der Pflegebedürftigen einher. Und so ist vorstellbar, dass sich, sobald ambulante Pflegedienste im Umgang mit der PTVA geübt sind, ihr Notendurchschnitt stetig verbessern wird, während die Versorgungsqualität abnimmt [27].

Pflegedienste, die sich von der Anreizstruktur der PTVA leiten lassen, konzentrieren sich auf die darin bewerteten Aspekte und vernachlässigen eventuell andere wichtige Elemente der Patientenversorgung. Das wiederum kann dazu führen, dass mit der Qualitätsentwicklung kurzfristige Erfolge im Sinne der PTVA verfolgt werden, und weniger langfristig angelegte, organisationsweite Ziele. Die Optimierung von Messgrößenprägungen statt der Lösung der dahinterliegenden Probleme könnte zur Stoßrichtung dieser Pflegedienste werden. Insbesondere vor dem Hintergrund der sehr kleinen Fallzahlen, die im Rahmen der PTVA begutachtet

werden, können zu guter Letzt auch Strategien zur Risikoselektion nicht ausgeschlossen werden [28, 29].

Da eine solche Entwicklung weder beabsichtigt noch erwünscht ist, stellt sich die Frage, welche Maßnahmen erforderlich sind, um die Anreizstruktur der Qualitätsberichterstattung gemäß PTVA vermehrt auf das Patientenwohl auszurichten.

Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Qualitätsberichterstattung

Ergebnisse der öffentlichen Berichterstattung sollten als Ausgangspunkte und Anreize für patientenbezogene Qualitätsverbesserungen dienen, und nicht als Werkzeuge für Verurteilungen oder Marktberichtigungen. Vor diesem Hintergrund sind verschiedene Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Qualitätsberichterstattung im Allgemeinen und der PTVA im Speziellen angezeigt.

Allgemein

Um zu gewährleisten, dass die veröffentlichten Informationen den Bedarf der Zielgruppe decken, sollten bei der Entwicklung beziehungsweise Weiterentwicklung von Berichtsinstrumenten Vertreter der entsprechenden Zielgruppen (z. B. Öffentlichkeit) in die Planung einbezogen werden. Die Qualitätskriterien sind so zu wählen, dass sie für „gesunde“ Versicherte ebenso aussagekräftig und entscheidungsrelevant sind, wie für „Kranke“ [30]. Neben der Perspektive der Versicherten ist auch die Einschätzung von Experten von Bedeutung. So sollten Kriterien definiert werden, die von Experten ebenso wie von Versicherten als relevant für die Qualität und für die Wahlentscheidung eingestuft werden [20]. Der Einbau von Trendmerkmalen in die Beurteilungssystematik ermöglicht darüber hinaus, „Lerneffekte“ auf Seiten der Leistungserbringer zu berücksichtigen.

Für die Darstellung der Ergebnisse sollten verständliche (z. B. lebensnahe) Formen der Datenaufbereitung gewählt und hierbei Übersetzungsmaßnahmen konzipiert werden, die sicherstellen, dass die Ergebnisse von den Rezipienten korrekt interpretiert werden können [31]. Gerade bei der Vermittlung von Fachinformationen an Laien stellt dies eine besondere Herausforderung dar. Vor diesem Hintergrund ist auch die Evaluation der Berichtsinstrumente durch die Nutzer und die Verwendung der Evaluationsergebnisse als Ausgangspunkt für die Weiterentwicklung von Bedeutung. Denn oftmals ist nicht mangelnde Verfügbarkeit sondern mangelnde Verständlichkeit die Hauptbarriere für die Nutzung von Informationen [32, 33]. Für die Informationsbereitstellung von PTVA-Daten im Internet ist die Berücksichtigung der hierfür bestehenden Qualitätsstandards (z. B. HON Code, afgis Kriterienkatalog) sinnvoll.

PTVA

Neben diesen allgemeinen Aspekten zeigen sich auch konkrete Verbesserungspotenziale bezogen auf die PTVA. So fehlt es dem jetzigen Erhebungsinstrument grundsätzlich an einem Begründungsrahmen für die gewählten Qualitätsbereiche sowie für die Auswahl der einzelnen Kriterien [34]. Derzeit zielt ein Großteil der PTVA-Kriterien auf die Strukturen und Prozesse der Dienste

ab. Eine Definition von Kriterien der pflegerischen Ergebnisqualität ist daher notwendig, um das Übergewicht von Strukturmerkmalen im Bewertungsschema zu relativieren [35]. Darüber hinaus sollte die Zufriedenheit beziehungsweise Lebensqualität der zu Pflegenden stärker berücksichtigt werden [34].

Damit Spitzenleistungen der Dienste anerkannt werden können, sind Exzellenzstandards zu entwickeln. Der Einzug zusätzlicher Bewertungsstufen kann zudem helfen, die Qualität der pflegerischen Versorgung differenzierter darzustellen.

Da im jetzigen PTVA-System Mängel in einem Bereich durch gute Ergebnisse in anderen Bereichen ausgeglichen werden können, würde eine Abschaffung der Gesamtnote die Aussagekraft der Ergebnisse stärken [35]. Die Aussagekraft der Bereichsnoten kann gestärkt werden, indem für ihre Berechnung eine Mindestanzahl von bewerteten Kriterien festgelegt wird [34]. Grundsätzlich gilt es, Möglichkeiten des Ausgleiches gravierender Versorgungsmängel durch fachfremde Leistungen einzuschränken. Hierfür empfiehlt es sich, Kriterien, die sowohl pflegesensitiv als auch als pflegerelevant sind, ein entsprechendes Gewicht einzuräumen [34]. Denkbar wäre hier die Einführung von k.o.-Kriterien. Die Berechnung von Mittelwerten aus dichotomen Merkmalsausprägungen ist grundsätzlich als problematisch und unzulässig zu betrachten [34].

Mit Blick auf die kleinen und damit nur bedingt aussagekräftigen Fallzahlen ist für die PTVA eine Vollerhebung zu präferieren [35]. Eine Begutachtung der Pflegequalität „auf Aktenlage“ ist hierbei zu vermeiden. Schließlich sind die Besonderheiten des ambulanten Wahlleistungskatalogs in die Beurteilungssystematik aufzunehmen.

Festzuhalten bleibt: Die einrichtungsbezogene Qualitätsberichterstattung kann die Lebensqualität pflegebedürftiger Menschen positiv beeinflussen. Dies geschieht jedoch nur, wenn die Anreize, die von dem Bewertungsinstrument und -system ausgehen, tatsächlich auf pflegerische Ergebnisqualität und die Lebensqualität der zu Pflegenden abzielen. Und so dürfte es sowohl im Interesse der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen als auch im Interesse der professionellen Pflegeeinrichtungen sein, dass diese Potenziale ausgeschöpft werden.

Literatur

- Fung CH, Lim YW, Mattke S, Damberg C, Shekelle PG. Systematic review: the evidence that publishing patient care performance data improves quality of care. *Annals of Internal Medicine* 2008; 148: 111–123
- Berwick DM, James B, Coye MJ. Connections between quality measurement and improvement. *Medical Care* 2003; 41: 30–38
- Stevenson D. Is a public reporting approach appropriate for nursing home care? *Journal of Health Politics, Policy and Law* 2006; 4: 773–810.
- Mukamel D, Weimer D, Spector W, Ladd H, Zinn JS. Publication of quality report cards and trends in reported quality measures in nursing homes. *Health Services Research* 2008; 4: 1244–1262
- Hibbard JH. What can we say about the impact of public reporting? *Annals of Internal Medicine* 2008; 148: 160–161
- Faber M, Bosch M, Wollersheim H, Leatherman S, Grol R. Public reporting in health care: how do consumers use quality-of-care information? A systematic review. *Medical Care* 2009; 47:1–8
- Singer S, Gotze H, Mobius C, Witzigmann H, Kortmann RD, Lehmann A, Hockel M, Schwarz R, Hauss J. Quality of care and emotional support from the patient's perspective. *Archives of Surgery* 2009; 394: 723–731
- Hapkemeyer J, Dresenkamp A, Soellner R. Patientensicht zur Qualität in der Psychotherapie. *Psychotherapeut* 2007; 53: 206–212
- Damman O, Hendriks M, Rademakers J, Delnoji D, Groenewegen P. How do healthcare consumers process and evaluate comparative healthcare information? *Public Health* 2009; 9: 423
- Kelly A, Thompson JP, Tuttle D, Benesch C, Holloway RG. Public reporting of quality data: is it measuring quality? *Stroke* 2008; 39: 3367–3371
- Hibbard JH. Being strategic with public reports. *International Journal for Quality in Health Care* 2001; 13: 353–355
- 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
- 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 29. Januar 2009
- Bewertungssystematik für die Kriterien: Anlage 2 zu [13]
- Kriterien der Veröffentlichung: Anlage 1 zu [13]
- SG München, Beschluss vom 27.01.2010, AZ: S 29 P 24/10 ER
- SG Münster, Beschluss vom 26.05.2010, AZ: S 6 P 35/10 ER
- SG Regensburg, Beschluss vom 04.01.2010, AZ: S 2 P 112/09 ER
- SG Münster, Urteil vom 20.08.2010, AZ: S 6 P 111/10 ER
- Marshall M, Romano P, Davies H. How do we maximise the impact of the public reporting of quality of care? *International Journal for Quality in Health Care* 2004; 16 (1): 57–63
- Schnelle J, Ouslander J, Simmons S. Direct observations of nursing home care quality: does care change when observed? *JAMA, the Journal of the American Medical Association* 2006; 9: 541–544
- Sangl J, Saliba D, Gifford D, Hittle DF. Challenges in measuring nursing home and home health quality. *Medical Care* 2005; 3: 24–32
- Castle N. Family members as proxy for satisfaction with nursing home care. *Journal on Quality and Patient Safety* 2006; 8: 452–458
- Möller J, Zieres G. Zur Transparenz der Qualität von Pflegeeinrichtungen. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 2010; 15: 39–44
- Weibler-Villalobos U, Röhrig B. Methodische Anforderungen an einrichtungsbezogene Qualitätsberichte in der Pflege. *Das Gesundheitswesen* [<https://www.thieme-connect.de/ejournals/abstract/gesu/doi/10.1055/s-0029-1242790>]
- Graber-Dünow M. Wir sollen Akten pflegen, nicht die Menschen. *Sozialwirtschaft* 2010; 5: 24–27
- Möller J, Panhorst H, Zieres G. Qualitätsberichterstattung für ambulante Pflegedienste. Anspruch und Realität. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 2010; 15: 185–191

28. Geraedts M, Auras S, Hermeling P, de Cruppe W. Public Reporting – Formen und Effekte öffentlicher Berichterstattung. Deutsche Medizinische Wochenschrift 2009; 134: 232–233
29. Smith P. On the unintended consequences of publishing performance data in the public sector. International Journal of Public Administration 2009; 18: 277–310
30. Harris KM. How do patients choose physicians? Evidence from a national survey of enrollees in employment-related health plans. Health Services Research 2003; 38: 711–732
31. Gigerenzer G. Making sense of health statistics. Bulletin of the World Health Organization 2009; 87: 567
32. Hibbard JH, Peters E. Supporting informed consumer health care decisions: data presentation approaches that facilitate the use of information in choice. Annual Review of Public Health 2003; 24: 413–433
33. Werner RM, Asch DA. The Unintended Consequences of Publicly Reporting Quality Information. In: JAMA, the Journal of the American Medical Association 2005; 293: 1239–1244
34. Hasseler M, Wolf-Ostermann K. Wissenschaftliche Evaluation zur Beurteilung der Pflege-Transparenzvereinbarungen für den ambulanten (PTVA) und stationären (PTVS) Bereich. 2010: Berlin. [http://www.pflegeneten.de/Wissenschaftliche_Evaluation.gkvnet]
35. Schader S. Überarbeitung der PTV: Interview mit mit bpa-Geschäftsführer Bernd Tews. Erste Ergebnisse bis Anfang 2010. CAREkonkret 2010; 35: 1–2

Korrespondenzadresse

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