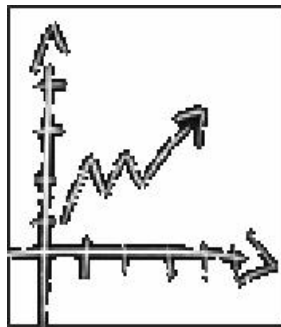


Thema des Monats Mai 2009

Qualitätsprüfungen für Pflegeeinrichtungen



Impressum:

Inhalte und Gestaltung: Marlen Holnick

Sozialverband VdK Rheinland-Pfalz e. V., Kaiserstraße 62, 55116 Mainz

E-Mail: rheinland-pfalz@vdk.de

Internet: www.vdk.de/rheinland-pfalz

© Sozialverband VdK Rheinland-Pfalz, April 2009

Die Inhalte wurden sorgfältig erarbeitet. Es kann jedoch keine Gewährleistung für Aktualität, Richtigkeit und Vollständigkeit übernommen werden.

Die in dieser Informationsmappe verwendeten männlichen Bezeichnungen dienen ausschließlich der besseren Lesbarkeit und gelten ausdrücklich für beide Geschlechter. Eine Diskriminierung weiblicher Personen wird damit nicht beabsichtigt.

Inhaltsverzeichnis

I. Hintergrund.....	4
II. Inhalte der Qualitätsprüfungen	5
1. Themenbereiche	5
2. Bewertungsskala.....	6
3. Einzelkriterien.....	6
III. Durchführung der Qualitätsprüfungen	7
IV. Ergebnisse von Qualitätsprüfungen.....	8
1. Verfahren der Veröffentlichung	8
2. Darstellung der Prüfergebnisse.....	9
3. Feststellung von Qualitätsmängeln	9
4. Beispiel für die Bewertung einer stationären Einrichtung nach den neuen Kriterien.....	10
V. Vergleich zu anderen Bewertungssystemen	11
VI. Vorteile des Bewertungssystems	11
VII. Kritische Aspekte bezüglich des Bewertungssystems.....	12
VIII. Ausblick	13

I. Hintergrund

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, die Vereinigung der Träger der Pflegeeinrichtungen und der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben bundesweit einheitliche Kriterien sowie die Bewertungssystematik zur Qualität der Pflegeheime nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI und eine ebensolche Regelung für die ambulante Pflege vereinbart. Die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen, unabhängige Verbraucherorganisationen auf Bundesebene sowie der Verband der privaten Krankenversicherung und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene konnten zu dieser „Transparenzvereinbarung für Pflegeheime“ Stellung nehmen. Diese Vereinbarungen sind für alle Pflegekassen und deren Verbände sowie für die zugelassenen Pflegeeinrichtungen verbindlich.

Seit dem 1. Januar 2009 gilt nun ein allgemein anerkanntes Qualitätszeugnis für Einrichtungen der Pflege. Im Rahmen der Pflegereform wurden die gesetzlichen Regelungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes dahingehend verändert, dass die Pflegebedürftigen und deren Angehörigen nunmehr Zugang zu Informationen über die Qualität aller Pflegeeinrichtungen in Deutschland haben sollen.

Die Qualität der Institutionen wird nach dem Schulnoten-Prinzip beurteilt, also von „sehr gut“ bis „mangelhaft“.

Bis Ende 2010 müssen die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) oder von ihnen bestellte Sachverständige alle ambulanten und stationären Einrichtungen entsprechend der vereinbarten Bewertungssystematik mindestens einmal prüfen. Danach ist eine jährliche Kontrolle vorgesehen. Die Prüf-Teams in den Bundesländern dürfen die Noten erst dann veröffentlichen, wenn mindestens 20 Prozent der Heime in dem jeweiligen Land geprüft sind.

Das neue Bewertungssystem soll eine größere Transparenz hinsichtlich der Qualität in Pflegeeinrichtungen ermöglichen.

II. Inhalte der Qualitätsprüfungen

Die Qualitätsprüfungen erfolgen nach §§ 114, 114a i. V. m. § 112 SGB XI in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen.

Unabhängig des Sicherstellungsauftrages der Pflegekassen sind die Träger der Pflegeeinrichtungen verantwortlich, dass die Qualität der Leistungen ihrer Einrichtungen einschließlich der Pflegequalität sichergestellt und weiterentwickelt wird. Sie sind verpflichtet, bei Qualitätsprüfungen mitzuwirken. Die Qualitätsprüfung erstreckt sich unter anderem auf die Pflegedokumentation, die den Pflegeprozess unterstützen und die Pflegequalität fördern soll.

Die Landesverbände der Pflegekassen erteilen dem MDK oder den ihnen gleichgestellten Sachverständigen einen Prüfauftrag. Dieser enthält Angaben zu Art, Umfang und Gegenstand der Prüfung. Die Prüfung kann in Form einer Anlass-, Regel- oder Wiederholungsprüfung erfolgen.

Die Regelprüfung umfasst wesentliche Aspekte der Ergebnisqualität, d.h. des Pflegezustandes sowie die Wirksamkeit der Pflege- und Betreuungsmaßnahmen. Sie erfasst aber auch die Prozess- und Strukturqualität, d.h. den Ablauf, die Durchführung und die Weiterentwicklung sowie die unmittelbaren Rahmenbedingungen der Leistungserbringung. Bei Anlassprüfungen geht der Prüfauftrag gewöhnlich über den jeweiligen Prüfanlass hinaus. Es erfolgt eine vollständige Prüfung mit dem Schwerpunkt der Ergebnisqualität. Bei einer zuvor durchgeführten Regel- oder Anlassprüfung können die Landesverbände der Pflegekassen eine Wiederholungsprüfung veranlassen, um zu prüfen, ob die festgestellten Qualitätsmängel durch die angeordneten Maßnahmen beseitigt wurden. Diese Prüfung erfolgt auf Kosten der Pflegeeinrichtung. Sie kann auch von der Pflegeeinrichtung selbst beantragt werden, wenn ihr ohne eine zeitnahe Nachprüfung unzumutbare Nachteile drohen.

1. Themenbereiche

Bei den stationären Pflegeeinrichtungen werden folgende fünf Themenbereiche qualitativ bewertet:

- Pflege und medizinische Versorgung (35 Kriterien)
- Umgang mit demenzkranken Bewohnern und anderen gerontopsychiatrisch veränderten Menschen (10 Kriterien)
- soziale Betreuung und Alltagsgestaltung (10 Kriterien)
- Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene (9 Kriterien).
- Zudem erfolgt eine Befragung der Bewohner (18 Kriterien).

Geprüft werden also insgesamt 82 Kriterien in diesen Bereichen.

Es ist zwischen 38 bewohnerbezogenen und 26 einrichtungsbezogenen Kriterien einschließlich Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung, Zusatzleistungen sowie

Leistungsabrechnungen zu unterscheiden. Aus den Teilergebnissen der 64 Einzelkriterien wird eine Gesamtnote errechnet. Die Befragung der Bewohner wird separat in einer zweiten Gesamtnote berücksichtigt.

Bei den ambulanten Pflegeeinrichtungen werden folgende Themenbereiche qualitativ bewertet:

- Pflegerische Leistungen (17 Kriterien)
- Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen (10 Kriterien)
- Dienstleistung und Organisation (10 Kriterien)
- Befragung der Kunden (12 Kriterien).

Ambulante Pflegeeinrichtungen sind in 49 Einzelkriterien untergliedert und werden im Prinzip nach der gleichen Systematik geprüft.

2. Bewertungsskala

Der MDK beurteilt, inwieweit die Anforderungen bezüglich der strukturellen Ausstattung und der Versorgungsprozesse vollständig, zum größeren Teil, zum geringeren Teil oder überhaupt nicht erfüllt wurden.

Außerdem wird zwischen

- einer optimalen
- einer nicht gefährdenden
- einer gefährdenden und
- einer schädigenden pflegerischen Versorgung

der Versicherten unterschieden.

Die Kriterien der Kundenbefragung werden mit den Graduierungen immer, häufig, gelegentlich, nie bewertet.

3. Einzelkriterien

Jedes einzelne Kriterium erhält eine Einzelbewertung anhand einer Skala von 0 bis 10, wobei 0 die schlechteste und 10 die beste Bewertung ist.

Die in die Prüfung einbezogenen Leistungsempfänger der stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen werden entsprechend der Verteilung der Pflegestufen und innerhalb der Pflegestufen zufällig ausgewählt.

Im Rahmen der Prüfung wird sowohl auf die Aspekte Struktur und Qualitätssicherung als auch auf die Pflegedienstleitung, den Personaleinsatz sowie die Pflegeplanung eingegangen. Die Strukturprüfung bezieht sich beispielsweise auf die Einrichtung selbst, auf die Erreichbarkeit und die Pflegeverträge. Unter qualitätssichernden Maßnahmen werden beispielsweise regelmäßige Dienstbesprechun-

gen, Fachbegleitungen, Fortbildungen, Hygienestandards und Einarbeitungskonzepte gefasst.

Beispielhafte Einzelkriterien des Qualitätsbereichs Pflege und medizinische Versorgung sind die Medikamentenversorgung oder die differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden hinsichtlich Verlauf, Größe, Lage und Tiefe.

Beim Umgang mit demenzkranken Menschen wird unter anderem geprüft, inwieweit geeignete Angebote beispielsweise zur Bewegung, Kommunikation oder zur Wahrnehmung gemacht werden.

Hinsichtlich der sozialen Betreuung wird geprüft, ob die Angebote auf die Struktur und die Bedürfnisse der Bewohner ausgerichtet sind, inwieweit Gruppen- oder Einzelangebote bestehen und Kontakte möglich sind.

Begutachtet werden auch der Gesamteindruck der Einrichtungen hinsichtlich Sauberkeit und Hygiene sowie die Gestaltung der Räumlichkeiten. Angaben zur Pflegedokumentation oder zu Fortbildungsplänen werden beispielsweise im Qualitätsbereich Dienstleistung und Organisation dargestellt.

Die Freundlichkeit und das Engagement der Mitarbeiter aber auch die Beurteilung der Essensauswahl sowie der Freizeitangebote werden von den Bewohnern erfragt.

III. Durchführung der Qualitätsprüfungen

Der MDK sowie die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen sind im Rahmen ihres Prüfauftrages berechtigt und verpflichtet, an Ort und Stelle zu überprüfen, ob die jeweilige Pflegeeinrichtung die Leistungs- und Qualitätsanforderungen erfüllt. Die Prüfungen werden ohne Voranmeldung durchgeführt. Sie sind berechtigt, zum Zwecke der Qualitätssicherung die für das Pflegeheim benutzten Grundstücke und Räume jederzeit zu betreten und Prüfungen vorzunehmen. Prüfungen erfolgen auch in Form von Inaugenscheinnahme des gesundheitlichen und pflegerischen Zustands von Pflegebedürftigen. Sowohl Pflegebedürftige, ihre Angehörigen und Betreuer als auch Beschäftigte der Pflegeeinrichtungen und Mitglieder der heimrechtlichen Interessenvertreter der Bewohner können befragt werden. Die zuständige Heimaufsicht sollte an den Prüfungen beteiligt werden, sofern dadurch keine Verzögerungen zu befürchten sind. Bei Ablehnung einer solchen Befragung dürfen den jeweiligen Personen keine Nachteile entstehen. Die Erhebung oder Nutzung personenbezogener Daten der Pflegebedürftigen zum Zweck der Erstellung eines Prüfberichts bedürfen der Einwilligung der betroffenen Pflegebedürftigen.

Ohne Einwilligung der Heimbewohner können ihre Räume, die dem Wohnrecht unterliegen, nicht betreten werden. Eine Ausnahme liegt vor, wenn Gefahren für die öffentliche Sicherheit und Ordnung drohen. Bei der ambulanten Pflege kann die Qualität der Leistungen des Pflegedienstes mit Einwilligung des Pflegebedürftigen auch in dessen Wohnung überprüft werden.

Vertreter der betroffenen Pflegekassen oder ihrer Verbände, des zuständigen Sozialhilfeträgers sowie des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. können den Anspruch geltend machen, an den Prüfungen beteiligt zu werden.

Die privaten Pflege-Pflichtversicherungsunternehmen beteiligen sich mit 10 von Hundert an den Kosten der Qualitätsprüfungen bei ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, wenn diese ohne Beteiligung von Vertretern des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. durchgeführt wurden.

Der MDK erstattet dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) zum 30. Juni 2011, danach in Abständen von drei Jahren Bericht. Die Berichterstattung umfasst die Erfahrungen mit der Anwendung der Vorschriften, die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen sowie ihre Erkenntnisse zur Entwicklung der Pflegequalität und Qualitätssicherung.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen Prüfungsrichtlinien der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität. Die Richtlinien müssen dem medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt entsprechen und sind daher regelmäßig anzupassen. Zudem bedürfen sie der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

IV. Ergebnisse von Qualitätsprüfungen

1. Verfahren der Veröffentlichung

Der MDK sowie die Sachverständigen haben sowohl das Ergebnis jeder Qualitätsprüfung als auch dabei gewonnene Daten und Informationen den Landesverbänden der Pflegekassen und den zuständigen Trägern der Sozialhilfe mitzuteilen. Bei der stationären Pflege müssen zusätzlich die zuständigen Heimaufsichtsbehörden und bei der häuslichen Pflege die zuständigen Pflegekassen informiert werden.

Die Landesverbände der Pflegekassen sind befugt und bei Aufforderung verpflichtet, die ihnen übermittelten Daten mit Zustimmung des Trägers der Einrichtung auch seiner Trägervereinigung zu übermitteln, sofern deren Kenntnis für die Anhörung oder eine Stellungnahme der Pflegeeinrichtung erforderlich ist. Die für die Veröffentlichung vorgesehenen Ergebnisse werden den Pflegeeinrichtungen von den Landesverbänden übersendet. Diese können den Landesverbänden der Pflegekassen innerhalb von 28 Kalendertagen Unterlagen zusenden, die in die Veröffentlichung mit aufzunehmen sind. Auch Angaben, die nicht im Rahmen der Qualitätsprüfungen erhoben werden, können eingereicht werden. Innerhalb dieser Frist können Hinweise zur Veröffentlichung gegeben sowie strittige Fragen geklärt werden. Nach Ablauf dieser Frist werden die Prüfergebnisse, d.h. die Leistungen der Pflegeeinrichtungen sowie deren Qualität, von den Landesverbänden der Pflegekassen im Internet oder in anderer geeigneter Form, in jedem Fall jedoch verständlich, übersichtlich und vergleichbar, veröffentlicht. Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen des MDK sowie gleichwertige Prüfungsergebnisse sind hierbei zu Grunde zu legen.

Bei Wiederholungsprüfungen ist zu berücksichtigen, dass diese Ergebnisse möglichst zeitnah ergänzt und ebenfalls veröffentlicht werden.

Gegenüber Dritten sind die Prüfer zur Verschwiegenheit verpflichtet, es sei denn, es handelt sich um die Veröffentlichung erforderlicher Daten und Informationen. Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren.

2. Darstellung der Prüfergebnisse

Sowohl das Datum der letzten MDK-Prüfung als auch die Einordnung des Prüfungsergebnisses sowie eine Zusammenfassung sind in jeder Pflegeeinrichtung sichtbar auszuhängen.

Die Prüfergebnisse werden zudem bundesweit einheitlich auf zwei Darstellungsebenen veröffentlicht. Auf der ersten Darstellungsebene werden die Prüfergebnisse der Qualitätsbereiche, das Gesamtergebnis sowie die möglichen Ergebnisse gleichwertiger Prüfungen dargestellt. Auf der zweiten Darstellungsebene werden die Prüfergebnisse zu den einzelnen Kriterien abgebildet.

3. Feststellung von Qualitätsmängeln

Werden bei einer Prüfung Qualitätsmängel festgestellt, obliegt es den Landesverbänden der Pflegekassen nach Anhörung des Trägers der Pflegeeinrichtung und der beteiligten Trägervereinigung, über die Maßnahmen und eine angemessene Frist zur Beseitigung der festgestellten Mängel zu entscheiden. Andernfalls kann der Versorgungsvertrag von den Landesverbänden der Pflegekassen gekündigt werden. Anstelle einer Kündigung können auch die vereinbarten Pflegevergütungen für die Dauer der Pflichtverletzungen entsprechend gekürzt werden. Sofern keine Einigung diesbezüglich zustande kommt, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle. Gegen diese Entscheidung ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten eröffnet. Zudem besteht die Möglichkeit, dass betroffene Pflegebedürftige Schadensersatzansprüche nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch geltend machen.

Die Pflegekassen sind verpflichtet, bei schwerwiegenden, kurzfristig nicht behebbaren Mängeln in der stationären Pflege, den betroffenen Heimbewohnern auf deren Antrag eine andere geeignete Pflegeeinrichtung zu besorgen.

Bei schwerwiegenden Mängeln in der ambulanten Pflege kann dem Pflegedienst die weitere Betreuung des Pflegebedürftigen untersagt werden. Auch in diesem Fall hat die Pflegekasse einen geeigneten Pflegedienst zu vermitteln, der die Pflege und Betreuung nahtlos übernimmt.

Der Träger dieser Einrichtungen haftet sowohl gegenüber den betroffenen Pflegebedürftigen als auch deren Kostenträgern für die Vermittlungskosten einer anderen Pflegeeinrichtung, sofern er die Mängel zu vertreten hat.

4. Beispiel für die Bewertung einer stationären Einrichtung nach den neuen Kriterien

Qualitätsbereich	Skalenwert	Note
Bereich 1: Pflege und medizinische Versorgung (35 von 35)	7,4	2 - gut
Bereich 2: Umgang mit demenzkranken Bewohnern (10 von 10)	5,0	4 – ausreichend
Bereich 3: Soziale Betreuung & Alltagsgestaltung (10 von 10)	4,0	5 – mangelhaft
Bereich 4: Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft & Hygiene (9 von 9)	10,0	1 – sehr gut
Gesamtergebnis (64 von 64)	6,9	3 - befriedigend
Bereich 5: Befragung der Bewohner (18 von 18)	9,3	1 – sehr gut

Fazit: Trotz der Noten „mangelhaft“ und „ausreichend“ in den Bereichen 2 und 3 wird ein Mittelwert der Note 3, d.h. „befriedigend“, gebildet.

Die Frage aus dem Bereich 1, inwieweit die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen entspricht, ist beispielsweise mit „ja“ zu beantworten, wenn das Pflegeheim die ärztlichen Anordnungen beachtet und deren Durchführung fachgerecht und eindeutig dokumentiert. Eindeutig dokumentiert ist eine behandlungspflegerische Maßnahme, wenn definiert ist, welche Maßnahme wann, wie, wie oft und womit durchgeführt werden soll.

Das Kriterium, ob Gruppenangebote im Rahmen der sozialen Betreuung des Bereiches 3 gemacht werden, ist erfüllt, wenn das Pflegeheim Gruppenangebote konzeptionell plant und regelmäßig anbietet. Regelmäßig bedeutet an mindestens fünf von sieben Wochentagen.

V. Vergleich zu anderen Bewertungssystemen

Neben dem Schulnoten-Prinzip als Bewertungssystem wurden zunächst auch andere Bewertungssysteme wie die Bewertung anhand der Ampelfarben oder in Form von Sternen in Erwägung gezogen. Letztere konnten sich nicht durchsetzen.

Bei einer Bewertung der Pflegeheime mit den Ampelfarben grün, gelb und rot wurde kritisiert, dass die Darstellung in gute, ordentliche und schlechte Qualität zu wenig differenziert sei. Rot steht als Signalfarbe für besonders schlechte Bewertungen.

Bei dem Bewertungssystem in Form von Sternen werden die Kriterien so gefasst, dass, wenn bestimmte Mindestanforderungen nicht erfüllt werden, kein Stern verliehen wird. Bekannt und bewährt ist dieses System bereits bei der Bewertung von Hotels oder Restaurants.

Allerdings spielt es im Grunde keine Rolle, ob das Ergebnis von Heimprüfungen und anderen Pflegeeinrichtungen in Farben, Noten oder Sternen dargestellt wird. Entscheidend ist, inwieweit sich der Verbraucher darauf verlassen kann, dass die Einrichtung, die mit der Farbe grün oder mit einer guten Note bewertet wurde, auch das bietet, was in den Prospekten und im Internet versprochen wird.

VI. Vorteile des Bewertungssystems

Ein Vorteil dieses Bewertungssystems ist die Transparenz, die sich aufgrund der vielseitigen Kriterien für die Leistungsempfänger bietet. Zahlreiche Lebenssituationen, Bedarfe und Bedürfnisse der zu Pflegenden sowie die Qualität der Angebotsstruktur der jeweiligen Einrichtung können erfasst werden.

So hatte zwar der MDK bereits bisher stichprobenartig Kontrollen durchgeführt, die Ergebnisse blieben jedoch der Öffentlichkeit verborgen. Zumindest war es den Bewohnern und Angehörigen nicht möglich, die Ergebnisse zu sehen, sondern nur die Träger der Heime, etwa Caritas, Arbeiterwohlfahrt oder die Kommune. Die Pflegereform schreibt nun vor, die Prüfberichte ab diesem Jahr in verständlicher Form offen zu legen.

Das Heim, dessen Benotung schlechter als „ausreichend“ ausfällt, bekommt Verbesserungsaufgaben zu den entsprechenden Punkten. Aufgrund der Möglichkeit, die Vergütung durch die Pflegekasse zu kürzen, wenn die Mängel dauerhaft nicht beseitigt werden, erhöht sich der Druck auf die Einrichtung hinsichtlich einer Qualitätsverbesserung. Eine Kündigung des Versorgungsvertrages zwischen dem Heim und der Pflegekasse würde dann das Aus für die Einrichtung bedeuten.

Die Auflagen kommen demnach sowohl den Leistungsempfängern als auch der jeweiligen Einrichtung zu Gute, aufgrund der Verpflichtung, ihre Angebote im Falle einer unzureichenden Qualität zu verbessern und damit den Versorgungsvertrag ordnungsgemäß zu erfüllen.

Positiv hervorzuheben ist, dass bei den stationären Pflegeeinrichtungen nur noch knapp die Hälfte der Fragen, nämlich 35 von 82, die pflegerisch-medizinische Versorgung betreffen. Bis vor drei Jahren stand ausschließlich dieser Bereich im Blickpunkt des MDK.

Aufgrund der zunehmenden Nachfrage hinsichtlich der Angebote für Demenzkranke sind auch die zehn Fragen zu diesem Bereich als positiv zu bewerten.

VII. Kritische Aspekte bezüglich des Bewertungssystems

Das Bewertungssystem und die einzelnen Kriterien erscheinen sinnvoll. Bei näherer Betrachtung könnte jedoch bezweifelt werden, ob anhand der Bewertung eine klare Einteilung von guten und schlechten Institutionen möglich ist.

Das Prüfverfahren bewegt sich zumeist auf der Strukturebene. Geprüft wird, inwieweit bestimmte Vorschriften eingehalten und eigentlich selbstverständliche Betreuungsangebote gemacht werden. Mit diesem Frage-Antwortsystem wird allerdings nicht erfasst, in welcher Qualität diese Leistungen erbracht werden. So wird beispielsweise gefragt, ob Bewohner die angeordnete Therapie erhalten haben, nicht hingegen, ob diese Maßnahmen zur Schmerzfreiheit führten.

Auf diese Weise kann nicht sichergestellt werden, dass Häuser mit der besseren Pflegequalität auch die besseren Noten bekommen. Es besteht die Gefahr, dass Heime mit einer guten Ergebnisqualität schlechter abschneiden als solche, die hauptsächlich Wert darauf legen, eine Dokumentation im Fall einer Prüfung vorweisen zu können. Mit „Ja-Nein“ ist es nicht möglich, Prozesse oder Ergebnisse zu bewerten, es sei denn, man würde Unsummen von Fragen stellen, die immer detaillierter werden. Das bedeutet, dass anhand der einzelnen Kriterien keine differenzierte Bewertung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität möglich ist.

Kritisch betrachtet werden könnte, dass gegen eine Note Einspruch erhoben werden darf. Es besteht die Möglichkeit, ein Ergebnis anzufechten. Eine „mangelhafte“ Note kann aufgrund der Ungeklärtheiten des Bewertungssystems und des großen Ermessensspielraums des jeweiligen Prüfers ohne qualitative Änderungen mit einer solchen Anfechtung beseitigt werden. Die Kritik bezieht sich demnach nicht auf das Notensystem an sich, sondern auf deren Zustandekommen in Form eines Mittelwertes.

Bei dem Bewertungssystem stellt sich allerdings die Frage, ob man schlechte Heime als solche überhaupt dulden dürfe. Die Note „unzureichend“ darf es im Grund nicht geben, denn gravierende Mängel dürfen nicht akzeptiert werden. Diese Einrichtungen müssten verpflichtet sein, die Mängel innerhalb kurzer Zeit abzustellen, andernfalls müssten sie geschlossen werden.

Insbesondere aufgrund der Millionenbeträge aus der Pflegeversicherungskasse, die für die Qualitätsprüfer investiert werden, ist eine Stagnation der Qualitätssicherung und -entwicklung nicht hinnehmbar.

Das Bundesgesundheitsministerium sieht hinsichtlich des Bewertungssystems keine Gefahren. Indem die Pflegequalität bei der Bewertung der Heime zu 52 Prozent in die Gesamtnote einfließe und alle übrigen Merkmale wie beispielsweise die Ausstattung oder das Ambiente dem nachgeordnet sind, könne man nicht von einem verschleiernenden Mittelwert sprechen. Laut Aussagen des MDS-Chefs Peter Pick beziehen sich 35 von insgesamt 65 Prüfkriterien des MDK auf die medizinische Versorgung und die Pflegequalität, sodass die Kernqualität eines Heimes gut abgedeckt sei. Die Möglichkeit eines Ausgleiches sei zudem recht gering. Dennoch sollte das Regelwerk noch einmal seitens der Krankenkassen, des MDK sowie der Verbände, die das System mit entworfen haben, überprüft werden.

Nach Ansicht des Ministeriums sollen Heime, die im Bereich der Pflege besonders schlecht bewertet werden, künftig gar keine Gesamtnote erhalten. Allerdings ist hierbei problematisch, wie ein potenzieller Heimbewohner oder seine Angehörigen wissen sollen, das in diesem Fall gar keine Note einer besonders schlechten Bewertung gleichkommt.

VIII. Ausblick

Aufgrund der gewonnenen Kenntnisse im Rahmen dieses Bewertungssystems sollte im Interesse der Betroffenen in Zukunft die Ergebnisqualität im Vordergrund stehen.

Das Ziel der Pflegereform, Missstände durch mehr Transparenz und Vergleichbarkeit der Leistungen abzustellen, muss weiterentwickelt werden. Bei gravierenden pflegerischen Mängeln können Einrichtungen keine guten bzw. teilweise sehr guten Noten durch einen Ausgleich der Bewertungskriterien bekommen. Wenn gewisse Kriterien mangelhaft sind, muss auch die Gesamtnote der jeweiligen Institution mangelhaft sein. Eine nicht sachgerechte Pflege, die für die Patienten von großer Bedeutung ist, darf nicht durch den weniger wichtigen Umstand regelmäßiger Mitarbeiterschulungen in erster Hilfe ausgeglichen werden. Den pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen muss es möglich sein, gute von schlechten Einrichtungen unterscheiden zu können.

Das Bewertungssystem muss ermöglichen, dass sich die Betroffenen über die Ergebnisse, also die Pflegequalität und die Lebensqualität in Pflegeheimen, informieren können, was gesetzlich vorgesehen ist. Eine gute Struktur- und Prozessqualität darf nicht durch eine schlechte Ergebnisqualität ausgeglichen werden können. Die Kriterien und die Bewertungssystematik zur Qualität obliegen nicht dem Gesundheitsministerium sondern allein den Selbstverwaltungspartnern, die sich ihrer raschen Handlungsnotwendigkeit bewusst werden müssen.