Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.

Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar

Evaluation der Umsetzung der Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA) durch den MDK in Rheinland-Pfalz

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Rheinland-Pfalz

Autoren

Prof. Dr. Frank Weidner
Ursula Laag

Deutsches Institut
für angewandte Pflegeforschung e. V.

Prof. Dr. Albert Brühl

Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar

Evaluation der Umsetzung der Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA) durch den MDK in Rheinland-Pfalz

Inhaltsübersicht

Vorwort 4

Hintergrund und Projektauftrag 6

Modul 1 7

1. Evaluationsziele und Methodik 7

2. Gegenstand – Pflegetransparenzvereinbarung ambulant 7

2.1 Chronologie der Verfahrensumsetzung 8

2.2 Operationalisierung der Umsetzung 12

2.2 Operationalisierung der Umsetzung 13

2.3 Zusammenfassung der Umsetzung 15

2.4 Datenanalyse der Prüfergebnisse in Rheinland-Pfalz 16

3. Gutachterworkshop 26

3.1 Selbsteinschätzung der Gutachterinnen und Gutachter 27

3.2 Einschätzungen der Gutachterinnen und Gutachter zu den Transparenzkriterien 32

3.3 Optimierungsvorschläge der Gutachter zum Verfahren in RLP 34

4. Wissenschaftliche Stellungnahme 36

4.1 Hat der MDK Rheinland-Pfalz das Verfahren gemäß den Vereinbarungen umgesetzt? 36

4.2 Beurteilung des Verfahrens aus der Sicht standardisierter Methodik 38

4.3 Erklärung der beobachteten Phänomene 39

4.4 Zusammenfassung und Ausblick 42

Modul 2 43

5. Evaluationsziele und Methodik 43

6. Formale Aspekte 44

6.1 Beschreibung des Materials 44

6.2 Struktur der Qualitäts- und Transparenzberichte 46

6.3 Optische Nachvollziehbarkeit 48

6.4 Zusammenfassung 49

7. Inhaltliche Aspekte 49

7.1 Ebene der Kriterien 49

7.2 Ebene der Qualitätsbereiche 54
7.3 Zusammenfassung 56
8. Interne Konsistenz 57
8.1 Konsistenz der Berichtstruktur 57
8.2 Konsistenz der Inhalte 58
8.3 Analyse des Fazits 59
8.4 Zusammenfassung 60
8.5 Zuordnung der Konsequenzen 61
9. Interne Kongruenz 64
10. Empfehlungen 65
Literatur- und Quellenverzeichnis 67

Autoren
Prof. Dr. Frank Weidner

Ursula Laag

Prof. Dr. Albert Brühl

Köln, Vallendar im April 2011

Vorwort

Der MDK Rheinland-Pfalz hat sich von Beginn an kritisch mit den Pflege-Transparenzvereinbarungen (PTV) auseinandergesetzt. Insbesondere angestoßen durch die Diskussion um anfänglich schlechte Noten in ambulanten Pflegeeinrichtungen und länderübergreifende Unterschiede in den Notenresultaten war es dem MDK Rheinland-Pfalz wichtig, auch die eigene Arbeit zu reflektieren und fachlich kompetent von extern bewerten zu lassen. Diesem Ansinnen sind das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e.V (dip) in Zusammenarbeit mit der Pflegewissenschaftlichen Fakultät der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar (PTHV), namentlich Herr Prof. Dr. Frank Weidner und sein Team mit einer umfassenden Begleitforschung nachgekommen. Die Ergebnisse mit besonderem Blick auf die PTVA für den ambulanten Bereich liegen nun vor.

Erfreulich ist, dass den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des MDK Rheinland-Pfalz dabei bestätigt wird, dass sie die MDK-Anleitung zu den Qualitätsprüfungen und die Pflegetransparenzvereinbarung im Rahmen der diesen Systemen immanenten Unschärfen „so korrekt wie möglich formal umgesetzt“ haben.

Allerdings wird auch das grundlegende Verfahren der PTV selbst kritisiert und auch die seitens des MDK Rheinland-Pfalz wiederholt angesprochenen Mängel bestätigt: „Die Schwächen des Verfahrens, die die Gutachterinnen und Gutachter bei der Umsetzung ahnten, bestätigen sich bei der wissenschaftlichen Betrachtung des Instruments unter methodischen Gesichtspunkten. Die Pflegenoten können aufgrund der methodischen Mängel des Verfahrens nicht die tatsächliche Qualität der Einrichtung widerspiegeln“.

Die Begleitforschung hat sich zudem auch mit der inhaltlichen Darstellung der Prüfberichte des MDK Rheinland-Pfalz befasst, insbesondere mit der „Konsistenz der Inhalte“. Auch hier kann aus der konstruktiven Diskussion wiederholt abgeleitet werden, dass die Transparenzkriterien Teilaspekte abfragen, ohne den Gesamtkontext zu beleuchten, was in der grundsätzlichen Gestaltung der einzelnen Kriterien und ihrer Ausfüllanleitung begründet ist. Die Problematik ist ebenfalls Gegenstand juristischer Verfahren gegen Prüfergebnisse, in denen zumeist Formfehler und ungerechtfertigte Auslegung der Prüffragen als Argumente gegen die Prüfberichte des MDK ins Feld geführt werden.

Im Rahmen der Begleitforschung wurde sehr deutlich, dass aufgrund der Festlegungen im bundeseinheitlichen Verfahren in den Prüfungen eine besondere Aufmerksamkeit auf die Pflegedokumentation gelegt wird, weniger auf die tatsächliche Durchführung der Leistungen. Diese Tatsache fordert aus Sicht des MDK Rheinland-Pfalz den obligaten Verweis auf die Ausfüllanleitung der PTVA, die konsequent darauf abstellt, dass abgefragte Inhalte auch schriftlich fixiert sind. Gerade das wird seitens der Anwender häufig kritisiert und hindert die Prüfer zugleich an einer ganzheitlichen Sicht auf die Pflegeleistungen. Hier ist der Gesetzgeber gefordert, die Notengebung und deren Grundlagen einer Überprüfung und Verbesserung zu unterziehen.

Zu den Themen Konsistenz und Kongruenz der Prüfberichte gibt die Begleitforschung dem MDK Rheinland-Pfalz wertvolle Hinweise und Vorschläge und zeigt Verbesserungsmöglichkeiten auf. Diese wurden teilweise schon während der Untersuchung angegangen oder werden zurzeit und zukünftig umgesetzt. Hierzu werden neben Fallbesprechungen und systematischen Abstimmungen unter den Prüfern weitere Qualitätssicherungsinstrumente wie Peer-Review-Verfahren und Fachbegleitungen u. a. intern und extern weiter vorangetrieben oder intensiviert. Letztlich wird die weitere Entwicklung aber wesentlich von den Verfahren und Instrumenten und deren Güte abhängen, die der Gesetzgeber den Prüfern an die Hand gibt.

Der MDK Rheinland-Pfalz hat mit der wissenschaftlichen Evaluation der Umsetzung der PTV und der Veröffentlichung von Ergebnissen einen Weg beschritten, der insbesondere eine Transparenz der eigenen Arbeit befördern soll. Der Qualitätssicherung, die von den zu prüfenden Einrichtungen verlangt wird, misst der MDK Rheinland-Pfalz selbst seit vielen Jahren eine große Bedeutung zu. So werden die vielen Hinweise und konstruktiven Vorschläge der wissenschaftlichen Begleitung als Chance betrachtet für innovatives Denken und zukünftige Entwicklungen, für die der MDK Rheinland-Pfalz dankbar ist.

Alzey im Mai 2011

Dr. Gundo Zieres
Geschäftsführer
MDK Rheinland-Pfalz

Hintergrund und Projektauftrag

Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz von 2008 verpflichtet dazu, die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zu veröffentlichen.

Die Kriterien der Veröffentlichung und die Bewertungssystematik wurden von den im Gesetz bestimmten Vereinbarungspartnern in der Pflege-Transparenzvereinbarung für den stationären Pflegebereich (PTVS) am 17.12.2008 und für den ambulanten Pflegebereich (PTVA) am 29.01.2009 beschlossen. Die Qualitätsprüfungsrichtlinien (QPR) wurden zum 11.06.09 (Fassung vom 30.06.09) einschließlich der Erhebungsbögen ambulant und stationär aktualisiert, so dass vereinbarungsgemäß am 01.07.2009 in allen MDK mit der Umsetzung der Prüfungen nach neuen Vorgaben begonnen werden sollte.

Der MDK Rheinland-Pfalz hat die QPR, wie vom Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) mit Schreiben vom 01.07.2009 vorgegeben, ab diesem Datum umgesetzt. Im Zeitraum bis November 2009 ergab sich dabei bei 58% der geprüften Pflegedienste (N= 53) im Bereich „Pflegerische Leistungen“ die Note „mangelhaft“. Dabei haben jedoch nur 8% der Pflegedienste die Gesamtnote „mangelhaft“ erhalten. Zugleich berichten die Prüfer über eine Vielzahl von Pflegediensten, bei denen der fachliche Eindruck der Prüfer positiv war, die aber dennoch bei der Pflegetransparenz mit schlechten Ergebnissen abgeschnitten haben. Aus diesem Grund sollte die Umsetzung der PTVA durch den MDK Rheinland-Pfalz einer Überprüfung unterzogen und analysiert werden, aus welchen Gründen es zu einer derartigen Abbildung und Wahrnehmung kommt.

Diese Evaluation fand unabhängig von der Evaluation der Transparenzvereinbarungen auf Bundesebene in zwei Modulen statt. Die Module beinhalten die folgenden Teilaufgaben und werden im vorliegenden Abschlussbericht aufeinander folgend dargestellt:

Modul 1:
Zeitraum: 01.01.2010 bis 30.06.2010

Wissenschaftliche Überprüfung der korrekten Umsetzung der PTVA durch den MDK Rheinland-Pfalz gemäß den Vorgaben der Vereinbarungen

Modul 2:
Zeitraum 01.01.2010 bis 31.10.2010

Vergleichende Analyse von Qualitätsberichten und Prüfergebnissen gemäß PTVA

Ableitung von Vorschlägen zur Optimierung der Umsetzung der PTVA in Rheinland-Pfalz

Modul 1

1. Evaluationsziele und Methodik

In Modul 1 „Wissenschaftliche Überprüfung der korrekten Umsetzung der PTVA gemäß den Vorgaben der Vereinbarungen“ sollen folgende Fragen beantwortet werden:

- Hat der MDK Rheinland-Pfalz das Verfahren gemäß den Vorgaben der Vereinbarungen angewendet?
- Wie ist das Bewertungsverfahren des MDS aus wissenschaftlicher Sicht grundsätzlich zu beurteilen?
- Welche Phänomene bei den Prüfungen von ambulanten Einrichtungen lassen sich aus diesen Zusammenhängen erklären?

Methoden

Für die Evaluation der Verfahrensumsetzung erfolgten umfangreiche Dokumentenanalysen. Dabei handelt es sich um öffentlich zugängliche Dokumente zu den Transparenzvereinbarungen, Präsentationen und Protokolle verschiedener Sitzungen zur Thematik sowie die Protokolle der Teamsitzungen der MDK-Gutachterinnen und Gutachter von Januar bis Dezember 2009. Für Fragen zu den Dokumenten stand der Referent und Koordinator Bereich „Externe Qualitätssicherung in Pflegeeinrichtungen“ des MDK Rheinland-Pfalz zur Verfügung.

Der MDK Rheinland-Pfalz hat der Begleitforschung zudem die Daten und Qualitätsberichte aller 58 Qualitätsprüfungen einschließlich der Noten aus den Transparenzvereinbarungen ambulant von Juli bis Dezember 2009 zur Verfügung gestellt. Diese wurden deskriptiv analysiert.

Zusätzlich wurde durch die Begleitforschung ein ganztägiger Evaluationsworkshop mit Gutachterinnen und Gutachtern vom MDK Rheinland-Pfalz im Februar 2010 durchgeführt, um ihre Einschätzungen zu erfassen.

2. Gegenstand – Pflegetransparenzvereinbarung ambulant

Das vorliegende Text- und Datenmaterial wurde durch die wissenschaftliche Begleitung analysiert und wird im Folgenden dargestellt. Dabei wird zunächst die Umsetzung der PTVA sowohl auf Bundesebene als auch in Rheinland-Pfalz chronologisch beschrieben und anschließend grafisch aufbereitet. Die Darstellung der operativen Umsetzung durch die MDK-Gutachterinnen und Gutachter erfolgt auf der Grundlage der Prüfanleitung ambulant sowie der Teambesprechungsprotokolle. Der dritte Teil des Kapitels enthält die Ergebnisse der deskriptiven Datenanalyse der MDK-Prüfdaten von Juli bis Dezember 2009, dabei wird an einigen Aussagen der Bezug zu den Evaluationsergebnissen der Transparenzvereinbarungen auf Bundesebene hergestellt.

2.1 Chronologie der Verfahrensumsetzung

Umsetzung auf Bundesebene

Entsprechend den gesetzlichen Vorgaben im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 28. Mai 2008[1] sollte die Entwicklung der Pflege-Transparenzvereinbarungen bis zum 30.09.2008 abgeschlossen sein. Dazu legten Leistungsträger und Leistungserbringer jeweils unterschiedliche Konzepte vor. Auf Grund der erheblichen Unterschiede der Konzepte konnte bis zum vereinbarten Zeitpunkt, dem 30.09.2008, keine Einigung erzielt werden. Nach Zustimmung durch das BMG wurden die Verhandlungen fortgesetzt. Am 17.12.2008 konnten die Pflege-Transparenzvereinbarungen für die stationäre Pflege und am 29.01.2009 für die ambulante Pflege abgeschlossen werden. Im Wesentlichen wurde dabei auf bereits existierende Qualitätskriterien zurückgegriffen. Aus den Anlagen 1 und 2 der QPR aus dem Jahr 2005 wurden „geeignete Kriterien ausgewählt, teilweise ergänzt oder angepasst".[2] Ein Pre-Test zur Überprüfung der Gütekriterien und der Praktikabilität etc. konnte wegen der engen Zeitvorgaben nicht durchgeführt werden. Einige der Kritikpunkte, die im Rahmen des Beteiligungsverfahrens angebracht wurden, wurden berücksichtigt, folgende Kritikpunkte blieben zunächst unbearbeitet:

- Bereichsnoten und Gesamtnote verdecken schlechte Einzelergebnisse
- unterschiedliche Qualitätsbereiche werden thematisch unzulässig zusammen bewertet
- Fehlen von K.o.-Kriterien, die eine positive Gesamtbeurteilung unmöglich machen
- fehlende Gewichtung von Kriterien
- zu große Anzahl von Kriterien
- Bewertungssystematik kann zu leicht zu einer Vergabe guter Noten führen
- keine Verwendung von Ampelfarben auf der ersten Darstellungsebene

Als Folge der Transparenzvereinbarungen musste die QPR nebst Erhebungsbögen und Prüfanleitungen stationär und ambulant angepasst werden. Die QPR trat zum 30.06.2009 in Kraft.

Die Kriterien der Transparenzvereinbarungen wurden nach ihrer Verabschiedung in die Erhebungsbögen und in die MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität eingearbeitet. Dazu wurden den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung ein erster Entwurf der Prüfanleitung ambulant mit Datum vom 08.04.2009 sowie ein Erhebungsbogen ambulant mit dem Datum vom 13.05.2009 zur Verfügung gestellt.

Die QPR vom 30.06.2009 wurde einschließlich Erhebungsbogen und Entwurf der Prüfanleitung stationär am 02.07.2009 an alle MDK ausgeliefert.[3] Der Entwurf der Prüfanleitung ambulant wurde am 09.07.2009 mit dem GKV-Spitzenverband abgestimmt[4] und den MDK im Anschluss ebenfalls zur Verfügung gestellt.[5] Dieser Entwurf war die Grundlage für die Umsetzung der ambulanten Qualitätsprüfungen nach neuer QPR einschließlich des Verfahrens

---

[1] In Kraft getreten am 01.07.2008
[2] GKV-Spitzenverband (2009): Konzept zur Evaluation der Pflege-Transparenzvereinbarungen, S. 7
[3] MDS (2009): „Prozess bei den Qualitätsprüfungen"
[4] ebd.
[5] MDK-Rheinland-Pfalz (2009): Ergebnisprotokoll zur Teamsitzung der Prüfer am 30.07.2009

PTVA. Neben den Ausfüllanleitungen zu den Transparenzkriterien enthält er dazu teilweise weitergehende Erläuterungen. Zudem ist er um umfangreiche Erläuterungen zu den Prüffragen sowie fachliche Hintergrundinformationen ergänzt worden.

Ein weiterentwickelter Entwurf der Prüfanleitung ambulant trägt das Datum vom 22.10.2009 und enthält Ergänzungen einiger Literaturangaben sowie zusätzliche Ausfüllanleitungen zu drei Kriterien des Qualitätsbereichs IV. Darauf folgte ein als Vorabversion gekennzeichneter Entwurf der Prüfanleitung ambulant mit Datum vom 10.11.2009, in den Ergänzungen zur Auswahl der Stichprobe sowie zur Erläuterung einer Prüffrage hinzugefügt waren. Nach Überarbeitung des Layouts wurde diese Version am 25.11.2009 verabschiedet und war auf der Homepage des MDS mit dem Hinweis „vorläufige Layoutfassung“ verfügbar.

Seit März 2010 kann nun eine umfangreiche Broschüre „Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege“ von der MDS-Homepage heruntergeladen werden. Die Broschüre enthält die Qualitätsprüfrichtlinien mit Erhebungsbogen, MDK-Anleitung und Transparenzvereinbarungen.

Die Datenclearingstelle DCS, die die Qualitätsdaten der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung bundesweit zusammenführt und zur Veröffentlichung vorbereitet, hat ihre Arbeit im November 2009 aufgenommen. Hinweise in Teambesprechungsprotokollen des MDK Rheinland-Pfalz deuten darauf hin, dass dies bereits im September 2009 der Fall sein sollte.[6] Seit Dezember 2009 werden die Transparenzberichte (Pflegenoten) durch die Landesverbände der Pflegekassen im Internet veröffentlicht.

Umsetzung durch den MDK Rheinland-Pfalz

Die PTVA wurde in Rheinland-Pfalz bereits ab März 2009 „zu Übungszwecken“ umgesetzt. Da zu dieser Zeit Qualitätsprüfungen noch nach der QPR von 2005 stattfanden, wurden die Transparenzdaten von März bis Juni 2009 auf einem separaten Bogen erfasst und in die EDV eingegeben.

Richtlinien und Anlagen zur ambulanten Transparenz lagen den Prüfern sowohl per E-Mail als auch in Papierform vor. Zu den Transparenzfragen gab es zu dieser Zeit keinen Klärungsbedarf.[7]

Nach Auslieferung der QPR einschließlich Erhebungsbogen und Entwurf der Prüfanleitung stationär am 02.07.2009 sowie der Prüfanleitung ambulant am 09.07.2009 durch den MDS ergab sich in Rheinland-Pfalz urlaubszeitbedingt eine Verzögerung von acht Tagen bei der Weiterleitung der Dokumente an die Gutachterinnen und Gutachter. Die Weiterleitung erfolgte am 17.07.2009.[8] Dennoch fanden, wie vereinbart, in Rheinland-Pfalz die Qualitätsprüfungen einschließlich Pflegetransparenz ab dem 01. Juli 2009 statt. Während durch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung anderer Bundesländer bis einschließlich September 2009 fast ausschließlich Prüfungen stationärer Einrichtungen stattfanden, hat der MDK Rheinland-Pfalz von Beginn an auch ambulante Einrichtungen geprüft.[9] (Erster Prüftermin eines ambulanten Pflegedienstes war der 01.07.2009).

[6] MDK-Rheinland-Pfalz (2009): Ergebnisprotokoll zur Teamsitzung der Prüfer am 30.07.2009
[7] MDK-Rheinland-Pfalz (2009): Ergebnisprotokoll zur Teamsitzung der Prüfer am 26.02.2009
[8] MDK-Rheinland-Pfalz (2009): Ergebnisprotokoll zur Teamsitzung der Prüfer am 30.07.2009
[9] Information des Referenten und Koordinators Bereich „Externe Qualitätssicherung in Pflegeeinrichtungen“

In einer Teamsitzung der Gutachterinnen und Gutachter am 30.07.2009 wurden intern Klärungen und Absprachen bezüglich einiger Prüfkriterien herbeigeführt. Diese müssen hier nicht inhaltlich erläutert werden, da die Ausführungen im Protokoll der Teamsitzung nicht über die Ausfüllanleitungen hinausgehen. Im September 2009 wurde erstmalig eine zweitägige Klausurtagung des MDK Rheinland-Pfalz mit den Gutachterinnen und Gutachtern zur Umsetzung der neuen Prüfrichtlinien angedacht. Nachdem die Vorabversion der Prüfanleitung vom 10.11.2009 am 25.11.2009 verabschiedet wurde, fand am 17. und 18. Dezember die Klausurtagung für die Gutachterinnen und Gutachter statt, in denen Teamabsprachen für ambulante und stationäre Prüfungen getroffen wurden. Zudem wurden zwischen Juli und Dezember 2009 verschiedentlich Anfragen zur Umsetzung der PTVA an den MDS gerichtet.[10] Außerdem finden sich in den Teamsitzungsprotokollen mehrfach Hinweise darauf, dass sich die Gutachterinnen und Gutachter genau an die Ausfüllanleitungen halten sollen.

Der MDK Rheinland-Pfalz gehört nicht der ISmed-Gemeinschaft[11] an und hat eine eigene Software zur Erfassung der Qualitätsprüfungen und zur Darstellung der Ergebnisse entwickelt. Die Software konnte von den Gutachterinnen und Gutachtern für Prüfungen stationärer Einrichtungen ab August 2009, für ambulante Einrichtungen ab Oktober 2009 eingesetzt werden. Auch den der ISmed-Gemeinschaft angehörenden MDK stand für Prüfungen ambulanter Einrichtungen zunächst keine Software zur Verfügung. Während diese jedoch von Juli bis September fast ausschließlich stationäre Einrichtungen geprüft haben, erhielt der MDK Rheinland-Pfalz von Beginn an durch die Landesverbände der Pflegekassen Prüfaufträge für ambulante Einrichtungen.[12] Daher wurden zunächst in den Monaten Juli bis September diese Prüfungen noch mit der Software der QPR von 2005 durchgeführt, die Transparenzkriterien jedoch zusätzlich auf einem separaten Bogen erfasst. Die Bögen wurden im Anschluss zur weiteren Bearbeitung in die MDK-Hauptverwaltung geschickt.[13]

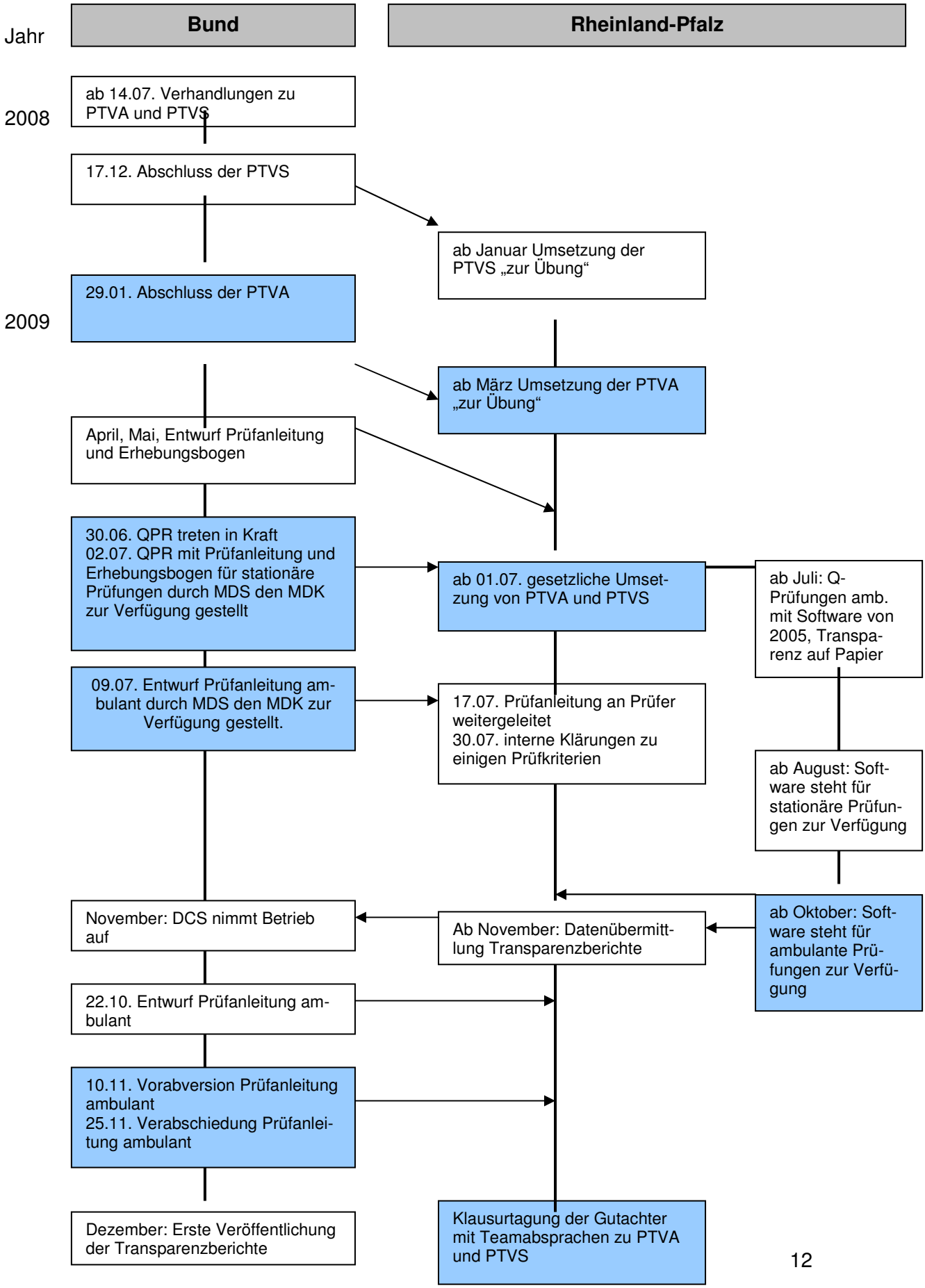
Insgesamt geht an verschiedenen Stellen aus den Protokollen der Teambesprechungen hervor, dass sowohl die Gutachterinnen und Gutachter als auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Verwaltung des MDK Rheinland-Pfalz im besagten Zeitraum eine hohe Arbeitsbelastung hatten. Dazu wurden verschiedene Gründe angeführt: „Richtlinien, Umstellung“, „ständige Änderungen und Neuerungen“, „Arbeitsaufwand durch Systemumstellungen und Neuprogrammierungen“, „wiederholte Abfragen durch den MDS“, „täglich neue geänderte Vorgaben bezgl. Datenlieferung an MDS und ITGS[14]“, „fehlende Zeit zur Testung der Software“, „Öffentlichkeitsarbeit“, „Einarbeitung neuer Mitarbeiter“, „sehr lange Prüftage“ (bis zu 13 Stunden). Zudem wird in mehreren Protokollen deutlich, dass die Gutachterinnen und Gutachter teilweise mit kritischem bis hin zu ablehnendem Verhalten der Einrichtungen konfrontiert wurden, z. B.: Anwesenheit von Rechtanwälten bei den Prüfungen, persönliche Angriffe gegen Prüfer in der Stellungnahme eines Pflegedienstes, Anfragen wie: Immer mehr

[10] Können Sachleistungsbezieher, die nur hauswirtschaftliche Leistungen in Anspruch nehmen, Bestandteil der Stichprobe sein? Sollen pflegerische Maßnahmen zur Mobilisation auch bei anderen Grundpflegeleistungen bewertet werden?
[11] ISmed steht für Informationssystem der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung. Der ISmed-Gemeinschaft gehört die überwiegende Anzahl der MDK der Länder an, mit dem Ziel ein gemeinschaftliches Informationsverarbeitungssystem zu entwickeln.
[12] Information des Referenten und Koordinators Bereich „Externe Qualitätssicherung in Pflegeeinrichtungen“
[13] MDK-Rheinland-Pfalz (2009): Ergebnisprotokoll zur Teamsitzung der Prüfer am 24.09.2009
[14] Informationstechnische Servicestelle der gesetzlichen Krankenversicherung GmbH

Gutachter, immer mehr einbezogene Versicherte – sind wir verpflichtet, jeweils Pflegefachkräfte für die Prüfungen zur Verfügung zu stellen?

Auf der folgenden Seite ist der Verlauf der Umsetzung grafisch dargestellt. Dabei sind die zentralen Eckpunkte farblich abgesetzt.

Chronik des Verlaufs der Umsetzung der PTVA auf Bundesebene und in Rheinland-Pfalz



2.2 Operationalisierung der Umsetzung

Neben der Chronologie der formalen Umsetzung ist auch die operative Ebene zu betrachten, das heißt die Umsetzung der PTVA durch die Gutachterinnen und Gutachter als Teil der Qualitätsprüfungen. Diese Darstellung erfolgt ebenfalls auf Grundlage von Dokumentenanalysen. Dazu wurden sowohl die MDK-Prüfanleitungen als auch die Ausfüllanleitungen der Transparenzkriterien sowie die Protokolle der Teambesprechungen untersucht.

Die Ausfüllanleitungen zu den Transparenzkriterien bedurften ganz offensichtlich sowohl aus der Sicht des MDS als auch aus der Sicht der Gutachterinnen und Gutachter in Rheinland-Pfalz einer weiteren Klärung und zusätzlichen Spezifizierung. So wurden seitens des MDS in der Prüfanleitung vom 09.07.2009 weitere Erläuterungen hinzugefügt. Ebenso fanden in der Folgezeit beim MDK Rheinland-Pfalz interne Teamabsprachen statt, in denen im Rahmen von Klärungen einzelner Kriterien weitere Spezifizierungen vorgenommen wurden.

Spezifizierung der Ausfüllanleitung durch Erläuterungen in der Prüfanleitung durch den MDS

Kriterium 11 (Dekubitusrisiko erfasst):

Die Vorgaben in der Ausfüllanleitung erfordern eine Risikoeinschätzung mit dem Leistungsbeginn der Grundpflege, in individuell festgelegten Abständen oder bei Veränderungen. Dies wird in der Erläuterung der Prüfanleitung spezifiziert. Die Einschätzung der Dekubitusgefährdung soll entsprechend der Erläuterung in der Prüfanleitung „systematisch und aktuell sein“, das heißt, „die letzte Einschätzung muss mit dem vorgefundenen Zustand übereinstimmen“.

Kriterium 13 (Kontrakturenrisiko berücksichtigt):

Die Vorgaben der Ausfüllanleitung erfordern eine nachvollziehbare Dokumentation der Kontrakturrisiken und, sofern möglich, eine Berücksichtigung bei der Leistungserbringung. In der Prüfanleitung wird die erweiterte Anforderung gestellt, dass die kontrakturgefährdeten Gelenke benannt und hinsichtlich ihrer Beweglichkeit eingeschätzt werden müssen.

Kriterium 14 (Mobilisierung DF):

Die Ausfüllanleitung fordert die Durchführung und nachvollziehbare Dokumentation vereinbarter Leistungen zur Mobilität. In den zusätzlichen Erläuterungen der Prüfanleitung wird die Bedingung an das Erfüllen des Kriteriums spezifiziert: „… ist mit „ja“ zu beantworten, wenn die Entwicklung der Mobilität aus der Pflegedokumentation nachvollziehbar ist.“

Kriterium 18 (Pflege chronischer Wunden):

Die Vorgaben der Ausfüllanleitung erfordern eine Wundbehandlung entsprechend der ärztlichen Verordnung sowie nach physiologischen und hygienischen Maßstäben einschließlich, wenn erforderlich, der Umsetzung der Prinzipien der lokalen Druckentlastung bzw. Kompression. In der Prüfanleitung wird zudem entweder die Inaugenscheinnahme der Wundversorgung gefordert oder die Prüfung der vorhandenen Materialien sowie ein Gespräch mit den Pflegemitarbeitern.

Kriterium 19 (Medikamente wie ärztlich verordnet):

Die Ausfüllanleitung fordert die Durchführung und Dokumentation der ärztlich verordneten Medikamentengabe. In den Erläuterungen der Prüfanleitung finden sich Spezifizierungen der Dokumentationsanforderungen sowie die Verpflichtung des Pflegedienstes zu überprüfen, ob bei der Verwendung eines Generikums dies der ärztlichen Verordnung entspricht.

Kriterium 33 (Beschwerden geregelt):

Entsprechend der Ausfüllanleitung ist das Kriterium erfüllt, wenn eine Verfahrensanweisung zur Erfassung und Bearbeitung von Beschwerden besteht. In der Prüfanleitung ist ergänzt, dass die nachweisliche Umsetzung anhand von Stichproben bearbeiteter Beschwerden zu prüfen ist.

Spezifizierung der Prüfanleitung durch Teamabsprachen des MDK Rheinland-Pfalz[15]

Kriterium 1 (Körperpflege individuelle Wünsche):

In der Prüfanleitung wird gefordert, dass vereinbarte und geplante Maßnahmen der Körperpflege unter Berücksichtigung der Wünsche laut Pflegedokumentation erkennbar erbracht wurden. Abweichungen müssen dokumentiert und begründet werden. Der MDK Rheinland-Pfalz differenziert weiter: „Es muss erkennbar sein, dass Versicherten-Wünsche anhand der Biografie eingeflossen sind. Begründung ist erforderlich, wenn eine Biografie nicht erhoben wurde.“ Zudem wird eine handlungsanleitende Beschreibung der Körperpflege erwartet.

Kriterium 9 (Ausscheidungen, Ressourcen, Risiken):

Im Teambesprechungsprotokoll aus September 2009 wird Beratung zu Ressourcen und Risiken bei der Ausscheidung gefordert, auch wenn keine Leistung dazu vereinbart ist. Sollte dies nicht der Fall sein, soll das Kriterium mit 0 Punkten bewertet werden.[16]

Kriterium 10 (Ausscheidung DF):

Die Frage nach der nachvollziehbaren Durchführung der vereinbarten Leistung zur Unterstützung bei der Ausscheidung hat denselben Wortlaut wie die Fragen nach der nachvollziehbaren Durchführung der vereinbarten Leistung zur Unterstützung der Nahrungsaufnahme und Flüssigkeitszufuhr. Bei Letztgenannten ist die Dokumentation im Leistungsnachweis ausreichend, bezüglich der Ausscheidung wird durch den MDK Rheinland-Pfalz zusätzlich die Dokumentation der erforderlichen Einzelmaßnahmen erwartet.

Kriterium 14 (Mobilisierung DF):

Die Ausfüllanleitung fordert die Durchführung und nachvollziehbare Dokumentation vereinbarter Leistungen zur Mobilität. In den zusätzlichen Erläuterungen der Prüfanleitung wird die Bedingung an das Erfüllen des Kriteriums erweitert: „… ist mit „ja“ zu beantworten, wenn die Entwicklung der Mobilität aus der Pflegedokumentation nachvollziehbar ist.“ Der MDK Rheinland-Pfalz differenziert die Erläuterung noch weiter mit der Forderung: „Jederzeit aktuelle Darstellung der Ressourcen und Einschränkungen notwendig“.

[15] MDK-Rheinland-Pfalz (2009): Protokoll der Klausurtagung am 17. und 18.12.2009
[16] Ob dies bei den Prüfungen so gehandhabt wurde, konnte nicht erhoben werden.

Kriterium 19 (Medikamente wie ärztlich verordnet):

Im Protokoll über die Teamabsprachen wurde die Ergänzung vorgenommen: „Bei fehlenden Medikamenten (auch Bedarfsmedikamenten) muss Information des Hausarztes bzw. der Angehörigen nachvollziehbar dokumentiert sein."

Kriterium 25 (DK wie ärztlich verordnet):

Die Ausfüllanleitung fordert die Dokumentation von Art, Umfang und Inhalt der ärztlich verordneten Leistungen betr. Katheterisierung sowie die Dokumentation der Information an den Arzt beim Auftreten von Komplikationen. Darüber hinaus wird durch den MDK Rheinland-Pfalz die Dokumentation von Charrière, Blockungsvolumen und Wechselrhythmus erwartet.

Die Differenzierung und weitergehenden Erläuterungen in der Prüfanleitung stehen in der Kritik der Verbände und müssen grundsätzlich auf Bundesebene diskutiert werden. Dabei muss auch die Frage gestellt werden, ob evtl. vermehrte Rückfragen der MDK zu verschiedenen Kriterien den MDS zu den Spezifizierungen veranlasst haben. Die Autoren des vorliegenden Berichts kommen zu dem Schluss, dass diese Zusätze zwar jeweils zu einer Eingrenzung des Kriteriums und zu einer Verringerung des Gutachterspielraums bei der Beurteilung führen, aber gleichzeitig, bei konsequenter Einhaltung, teilweise auch erschwerte Anforderungen für die Einrichtungen bedeuten.

Darüber hinaus bestand beim MDK Rheinland-Pfalz weiterer Bedarf verschiedene Kriterien zu spezifizieren und näher zu erläutern. Auch hier ist zu bedenken, dass jede Spezifizierung zwar zur Konkretisierung beiträgt und den Gutachterinnen und Gutachtern mehr Sicherheit gibt, aber zugleich die Gefahr besteht, dass die Anforderungen an ein Erfüllen des Kriteriums dadurch enger gefasst werden.

In der Analyse der Qualitätsberichte in Modul 2 soll untersucht werden, ob diese Spezifizierungen nachweislich einen Einfluss auf die Noten hatten.

2.3 Zusammenfassung der Umsetzung

Nach Abschluss der Pflege-Transparenzvereinbarungen ambulant am 29.01.2009 wurden zwischen April und November 2009 neben der neuen QPR (30.06.2009) insgesamt fünf Versionen der MDK-Prüfanleitung ambulant durch den MDS entwickelt bzw. weiter entwickelt. Bei der Prüfanleitung vom 09.07.2009 handelte es sich um die zentrale Version. Im ersten halben Jahr der Umsetzung wurden dann drei weitere Versionen mit geringfügigen Ergänzungen an die MDK versendet. Mangels einer aktuellen Software für ambulante Prüfungen sollten diese bis September 2009 zunächst nur auf „das Maß des Notwendigen"[17] beschränkt werden. Die Datenclearingstelle DCS nahm im November 2009 ihren Betrieb auf, im Dezember wurden erstmalig Transparenzberichte im Internet veröffentlicht.

Die Chronologie zeigt, dass in Rheinland-Pfalz die Transparenzvereinbarungen ambulant zeitnah umgesetzt wurden. Dabei ist hervorzuheben, dass dort bereits ab März 2009 die

[17] MDS (2009): „Prozess bei den Qualitätsprüfungen"

Transparenzkriterien auf Papier erhoben wurden und die Gutachterinnen und Gutachter so die Gelegenheit hatten, sich mit dem Instrument vertraut zu machen. Trotz der oben genannten Regelung erteilten die Landesverbände der Pflegekassen dem MDK Rheinland-Pfalz vom 01.07.2009 an zahlreiche Prüfaufträge für ambulante Einrichtungen. Diese mussten bei verspätet zugesandter Prüfanleitung und ohne aktuelle Software durchgeführt werden. Dementsprechend kam noch die „alte“ Software der QPR von 2005 zum Einsatz und die Erhebung der Transparenzkriterien erfolgte weiterhin auf Papier.

Der MDK Rheinland-Pfalz gehört nicht der ISmed-Gemeinschaft an und hat eine eigene Prüfsoftware entwickelt. Diese stand im August 2009 für Prüfungen stationärer Einrichtungen und im Oktober 2009 für Prüfungen ambulanter Einrichtungen zur Verfügung.

Eine Schulung der Gutachterinnen und Gutachter zur Umsetzung der neuen QPR erfolgte nicht, aktuelle Fragen wurden jeweils in den Teambesprechungen bearbeitet. Eine erste intensive inhaltliche Auseinandersetzung mit den Transparenzkriterien fand nach Ablauf von fast einem halben Jahr der Umsetzung innerhalb einer zweitägigen Klausurtagung statt.

Die zeitnahen und wiederholten Veränderungen im Prüfverfahren haben zu einer erheblichen Belastung der MDK-Mitarbeiterinnen und –Mitarbeiter sowohl im Team der Gutachterinnen und Gutachter als auch bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Verwaltung geführt.

2.4 Datenanalyse der Prüfergebnisse in Rheinland-Pfalz

Die Datenanalyse bezieht sich auf die Daten der ambulanten Prüfungen im Zeitraum von Juli bis Dezember 2009. Insgesamt wurden in Rheinland-Pfalz von Juli bis Dezember 2009 58 Prüfungen ambulanter Pflegdienste durchgeführt. Davon fanden 10 Prüfungen im Juli, 12 Prüfungen im August, 13 Prüfungen im September, 13 Prüfungen im Oktober, 5 Prüfungen im November und 5 Prüfungen im Dezember statt.

Im Rahmen der Analyse erfolgte die Berechnung des Notendurchschnitts für die Bereichs- und die Gesamtnoten im Verlauf, die Häufigkeit der vergebenen Bereichs- und Gesamtnoten, die Darstellung der Häufigkeit, mit der die Kriterien insgesamt überhaupt zutrafen sowie eine Darstellung der Häufigkeit der Bewertungen mit 0 oder 10 Punkten (Juli bis November).

In den Darstellungen wurde die Kundenzufriedenheit nicht berücksichtigt, da fast ausschließlich die Note sehr gut gegeben wurde.

Tabelle 1

Notendurchschnitt für die Bereichs- und die Gesamtnoten in Rheinland-Pfalz im Verlauf Juli bis Dezember 2009

Monat/Anzahl der Prüfungen	Note „Pflegerische Leistungen“	Note „Ärztl. verordnete pflegerische Leistungen“	Note „Dienstleistung, Organisation“	Gesamtnote
Juli 10	3,3	1,7	2,2	2,4
August 12	3,8	2,1	1,5	2,3
September 13	3,9	1,9	2,5	3,0
Oktober 13	4,6	2,2	2,1	3,1
November 5	4,7	2,8	2,5	3,7
Dezember 5	4,5	1,5	2,1	2,9
Gesamtdurchschnitt	4,1	2,0	2,6	2,9

Quelle: dip-Auswertung

Die Tabelle zeigt, dass insbesondere der Notendurchschnitt im Bereich „Pflegerische Leistungen“ insgesamt von Juli bis Dezember eine deutliche Tendenz zur Verschlechterung aufweist. Bei den „Ärztlich verordneten pflegerischen Leistungen“ besteht bis November 2009 ebenfalls eine Verschlechterungstendenz, was sich im Dezember umkehrt. Der Notendurchschnitt im Bereich „Dienstleistung, Organisation“ bleibt mit einigen Schwankungen auf ähnlichem Niveau. Der Durchschnitt bei der Gesamtnote verschlechtert sich tendenziell ebenfalls bis November, im Dezember verbessert er sich insbesondere auf Grund der erheblichen Verbesserung im Bereich „Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen“. Die Frage nach einer Begründung für die Entwicklung der Notendurchschnitte im Bereich „Pflegerische Leistungen“ muss an dieser Stelle offen bleiben.

Ein Vergleich mit Bundesdaten ist hier nicht sinnvoll, da auf Bundesebene nur Daten aus Oktober und November ausgewertet wurden.

Tabelle 2

Häufigkeit der in Rheinland-Pfalz vergebenen Noten von Juli bis Dezember 2009

Note	„Pflegerische Leistungen“	„Ärztl. verordnete pflegerische Leistungen“	„Dienstleistung, Organisation“	Gesamtnote
1	4 x	31 x	22 x	4 x
2	4 x	5 x	17 x	19 x
3	8 x	14 x	10 x	19 x
4	6 x	4 x	6 x	10 x
5	36 x	3 x	3 x	6 x

Quelle: dip-Auswertung

Die Tabelle zeigt, dass über den gesamten Zeitraum grundsätzlich alle Noten vorkommen, aber die Verteilung im Bereich „Pflegerische Leistungen“ ein starkes Übergewicht auf der Note „mangelhaft“ aufweist. 36 von 58 Pflegediensten (62%) wurden in diesem Bereich mit „mangelhaft“ bewertet. Bei den „Ärztlich verordneten pflegerischen Leistungen“ zeigt sich ein umgekehrtes Bild. Hier wurden 31 von 58 Pflegediensten (53%) mit der Note „sehr gut“ bewertet, 14-mal (24%) findet sich die Note „befriedigend“. Auch im Bereich Dienstleistung und Organisation liegt das Hauptgewicht auf der Note „sehr gut“ (38%), gefolgt von der Note „gut“ (29%). Der überwiegende Teil der Gesamtnoten findet sich dann dementsprechend im guten bis mittleren Notenbereich, jeweils 19-mal (33%) wurden die Noten „gut“ und „befriedigend“ vergeben.

Dieses Ergebnis weicht erheblich von den Ergebnissen auf Bundesebene ab. Die folgende Tabelle zeigt die Gegenüberstellung der Notendurchschnitte in Rheinland-Pfalz für den Zeitraum von Juli bis Dezember und der Notendurchschnitte im Bund von Oktober und November.

Tabelle 3

Gegenüberstellung der Durchschnittswerte der Bereichsnoten aus Rheinland-Pfalz (Juli bis Dezember 2009) und Bund (Oktober bis November 2009)

No-te	QB I RLP	QB I Bund	QB II RLP	QB II Bund	QB III RLP	QB III Bund	Gesamt RLP	Gesamt Bund
1	6,9%	23,8%	53,4%	41,1%	37,9%	61,0%	6,9%	31,6%
2	6,9%	20,3%	8,6%	16,9%	29,3%	12,1%	32,8%	27,7%
3	13,8%	14,7%	24,1%	16,9%	17,2%	12,1%	32,8%	20,3%
4	10,3%	16,9%	6,9%	11,3%	10,4%	6,5%	17,2%	10,4%
5	62,1%	24,2%	5,2%	13,9%	5,2%	8,2%	10,3%	10,0%

QB I = Pflegerische Leistungen
QB II = Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen
QB III = Dienstleistung, Organisation

Quelle: dip-Auswertung, Abschlussbericht MDS, SEG 2

Insbesondere im Bereich der „Pflegerischen Leistungen“ findet sich auf Bundesebene eine wesentlich gleichmäßigere Notenverteilung und die Noten „sehr gut“ und „mangelhaft“ werden zu fast gleichen Anteilen vergeben. Während auf Bundesebene der Anteil der Pflegedienste, die in diesem Bereich mit „sehr gut“ und „gut“ bewertet wurden, ca. dreimal höher ist als in Rheinland-Pfalz, ist der Anteil der Dienste, die hier mit „mangelhaft“ bewertet wurden, erheblich geringer. Wesentlich besser schneiden die Pflegedienste auf Bundesebene auch im Bereich „Dienstleistung, Organisation“ ab. Auch hier findet sich ein erheblich höherer Anteil von Diensten, die die Note „sehr gut“ bekamen. Auch die Gesamtnoten unterscheiden sich deutlich. Während der Anteil mangelhafter Gesamtbewertungen in Bund und in Rheinland-Pfalz gleich hoch ist, so erhalten doch fast ein Drittel der Pflegedienste auf Bundesebene insgesamt die Note „sehr gut“, was in Rheinland-Pfalz lediglich bei 6,9% der Pflegedienste der Fall ist.[18]

[18] MDS, SEG 2 (2010): Evaluation der Transparenzvereinbarungen, Abschlussbericht, S. 22

Tabelle 4

Häufigkeit der in Rheinland-Pfalz vergebenen Noten insgesamt je Monat

Monat	Note „Pflegerische Leistung“	Note „Ärztl. verordnete pfleg. Leistungen“	Note „Dienstleistung, Organisation“	Gesamtnote
Juli 10	5 6x 4 3 2 1x 1 3x	5 4 3 3x 2 1x 1 6x	5 1x 4 1x 3 1x 2 3x 1 4x	5 1x 4 1x 3 3x 2 3x 1 2x
August 12	5 5x 4 2x 3 4x 2 1 1x	5 1x 4 1x 3 3x 2 1 7x	5 4 3 1x 2 5x 1 6x	5 4 1x 3 4x 2 6x 1 1x
September 13	5 6x 4 2x 3 2x 2 3x 1	5 4 3 5x 2 1 8x	5 1x 4 3x 3 3x 2 2x 1 4x	5 1x 4 4x 3 2x 2 5x 1 1x
Oktober 13	11x 1x 1x 2 1	5 1x 4 2x 3 2x 2 2x 1 5x	5 4 1x 3 4x 2 4x 1 4x	5 1x 4 2x 3 8x 2 2x 1
November 5	4x 4 1x 3 2 1	5 1x 4 1x 3 1x 2 1 2x	5 1x 4 3 1x 2 1x 1 2x	5 2x 4 1x 3 1x 2 1x 1
Dezember 5	5 4x 4 3 1x 2 1	5 4 3 2 2x 1 3x	5 4 1x 3 2 2x 1 2x	5 1x 4 1x 3 1x 2 2x 1

Quelle: dip-Auswertung

Betrachtet man die einzelnen Monate, so wird hierbei das Notenspektrum bei weitem nicht vollständig genutzt. Dabei muss berücksichtigt werden, dass im November und Dezember jeweils nur fünf Prüfungen durchgeführt wurden und aus diesem Grund eine Verteilung der Noten über das gesamte Spektrum auch nicht zu erwarten ist.

Beispielsweise wurden im Juli im Bereich „Pflegerische Leistung“ die Noten „befriedigend“ und „ausreichend“ gar nicht vergeben, im Oktober wurden die Noten „sehr gut“ und „gut“ und im November die Noten „sehr gut“, „gut“ und „befriedigend“ nicht vergeben. Im Bereich der „Ärztlich verordneten pflegerischen Leistungen“ weisen die Notenübersichten eher Lücken bei den schlechteren Noten auf. Im Juli wurden die Noten „ausreichend“ und „mangelhaft“,

im September die Noten „ausreichend“, „mangelhaft“ und „gut“ und im Dezember die Noten „befriedigend“, „ausreichend“ und „mangelhaft“ nicht vergeben. Im Bereich „Dienstleistung, Organisation“ finden sich weniger auffällige Lücken und die Durchschnitte der Gesamtnoten verteilen sich beinahe über das gesamte Spektrum.

Im Evaluationsbericht des MDS wird herausgestellt, dass sich im Bereich „Pflegerische Leistungen“ die Noten noch deutlicher als beim Gesamtergebnis auf das gesamte Notenspektrum verteilen. Dies unterscheidet sich damit deutlich von den Ergebnissen aus Rheinland-Pfalz.[19]

[19] MDS, SEG 2 (2010): Evaluation der Transparenzvereinbarungen, Abschlussbericht, S. 33

Tabelle 5

Qualitätsbereich I – Übersicht über die Bewertung der Kriterien
Gesamtzahl der begutachteten Versicherten: 323

Kriterium	Inhalt	Versicherte gesamt	Bewertung	Anzahl Versicherte
K 01	Körperpflege indiv. Wünsche	293	0	225
			10	68
K 02	Essen, trinken indiv. Wünsche	12	0	3
			10	9
K 03	Flüssigkeitsvers. DF	17	0	0
			10	17
K 04	Flüssigkeitsvers. Ress., Risiken	17	0	5
			10	12
K 05	Flüssigkeitsdefizit Info	27	0	13
			10	14
K 06	Nahrungsaufn. DF	19	0	0
			10	19
K 07	Nahrungsaufn. Ress., Risiken	19	0	4
			10	15
K 08	Ernährungsdefizit Info	26	0	18
			10	8
K 09	Ausscheidungen Ress., Risiken	126	0	67
			10	59
K 10	Ausscheidung DF	121	0	30
			10	91
K 11	Dekubitusrisiko erfasst	133	0	45
			10	88
K 12	Lagerung gewebeschonend	62	0	30
			10	32
K 13	Kontrakturenrisiko berücksichtigt	132	0	110
			10	22
K 14	Mobilisierung DF	45	0	18
			10	27
K 15	Biografie bei Demenz	51	0	41
			10	10
K 16	Umgang Demenz-Info	50	0	42
			10	8
K 17	Einwilligung FEM	17	0	3
			10	14

Quelle: dip-Auswertung

DF = Durchführung der Leistung

Die Darstellung der Tabelle 5 enthält die Prüfungsdaten der Monate Juli bis November 2009. In dieser Zeit fanden 53 Prüfungen ambulanter Dienste statt, in die insgesamt 323 Versicherte einbezogen waren. Bei fast jedem Versicherten (293) traf das Kriterium „individuelle Wünsche bei der Körperpflege“ zu, allerdings wurde es 225-mal (77%) als „nicht erfüllt“ bewertet. Herausragend ist auch das Kriterium „Kontrakturenrisiko berücksichtigt“. Dieses Kriterium traf 132-mal zu und wurde 110-mal (83%) als „nicht erfüllt“ bewertet. Ebenfalls weisen die Kriterien, die sich auf die Pflege demenzerkrankter Menschen beziehen, einen hohen Anteil an Bewertungen als „nicht erfüllt“ auf. Bei 51 Versicherten, bei denen das Kriterium „Biographie bei Demenz einbezogen“ bewertet wurde, wurde dies 41-mal (80%) als „nicht erfüllt“ eingeschätzt, bei 50 Versicherten, bei denen „Informationen zum Umgang mit Demenz“ bewertet wurde, wurde es 42-mal (84%) als „nicht erfüllt“ eingeschätzt. Bei einem großen Anteil Versicherter bestehen auch Defizite bezüglich der „gewebeschonenden Lagerung“ (48% nicht erfüllt), der „Ressourcen und Risiken bei der Ausscheidung“ (53% nicht erfüllt) sowie der „Information über ein bestehendes Ernährungsdefizit“ (69% nicht erfüllt).

Insgesamt wird darüber hinaus deutlich, dass alle Kriterien, in denen es um Nahrungsaufnahme und Flüssigkeitsversorgung geht (Krit. 2-8), in den gezogenen Stichproben nur selten vorkamen und bewertet wurden. Die Kriterien „Information bei erkennbarem Flüssigkeitsdefizit“ und „Information bei erkennbarem Ernährungsdefizit“ kamen dabei etwas häufiger vor, da sie nicht an die Leistungskomplexe gebunden sind.

Auf Bundesebene ergaben sich hier ähnliche Tendenzen. Auch hier erhält das Kriterium „Kontrakturenprophylaxe“ die schlechteste Bewertung, allerdings wurde es nur zu 60 % als „nicht erfüllt“ bewertet. Ebenfalls wurden die Kriterien „individuelle Wünsche bei der Körperpflege“, „Ressourcen und Risiken bei der Ausscheidung“ und „Information bei Demenz“ insgesamt schlecht bewertet.[20]

Auch die besonders gut bewerteten Kriterien entsprechen in Rheinland-Pfalz denen auf Bundesebene. Die Kriterien „Flüssigkeitsversorgung durchgeführt“ und „Nahrungsaufnahme durchgeführt“ wurden in Rheinland-Pfalz durchweg als „erfüllt“ bewertet und auch auf Bundesebene als besonders gut bewertet herausgestellt. Gleiches gilt für das Kriterium „Einwilligung bei FEM (freiheitsentziehende Maßnahmen)“.[21]

[20] Die Kriterien wurden im Evaluationsbericht des MDS z. T. geringfügig anders abgekürzt.
[21] MDS, SEG 2 (2010): Evaluation der Transparenzvereinbarungen, Abschlussbericht, S. 26 f

Tabelle 6

Qualitätsbereich II – Übersicht über die Bewertung der Kriterien
Gesamtzahl der begutachteten Versicherten: 323

Kriterium	Inhalt	Versi-cherte gesamt	Bewer-tung	Anzahl Versi-cherte
K 18	Pflege chronischer Wunden	36	0	13
			10	23
K 19	Medik. wie ärztlich verordnet	98	0	10
			10	88
K 20	RR wie ärztlich verordnet	2	0	0
			10	2
K 21	Prophylaxen bei Beatmung	1	0	0
			10	1
K 22	BZ wie ärztlich verordnet	17	0	0
			10	10
K 23	Injektion wie ärztlich verordnet DF	37	0	4
			10	33
K 24	ATS sachgerecht	61	0	12
			10	49
K 25	Katheterisieren wie ärztlich verordnet DF	27	0	10
			10	17
K 26	Stoma wie ärztlich verordnet DF	2	0	1
			10	1
K 27	Kommun. mit behandelndem Arzt	159	0	28
			10	131

Quelle: dip-Auswertung

DF = Durchführung der Leistung

In Tabelle 6 zeigt sich, dass insgesamt die Kriterien bei den 323 einbezogenen Versicherten nur bei einem recht geringen Teil zutrafen und bewertet werden konnten, insbesondere kam das Kriterium „Prophylaxen bei Beatmung“ nur einmal, die Kriterien „Blutdruckmessung (RR) wie ärztlich verordnet“ und „Stomaversorgung wie ärztlich verordnet“ nur zweimal vor. Am häufigsten kam das Kriterium „Kommunikation mit dem behandelnden Arzt“ vor und wurde bei 159 Versicherten 131-mal (82%) als „erfüllt“ eingeschätzt. Auffälligkeiten bezüglich des Anteils nicht erfüllter Leistungen bei einzelnen Kriterien gibt es wenige. Lediglich die „Pflege chronischer Wunden“ wurde bei 36 Versicherten 13-mal (36%) als „nicht erfüllt“ eingeschätzt und das „Katheterisieren entsprechend ärztlicher Anordnung“ wurde bei insgesamt 27 Versicherten 10-mal (37%) als „nicht erfüllt“ eingeschätzt. In positivem Sinne herausragend fällt das Kriterium „Medikamentengabe wie ärztlich verordnet“ auf. Dies traf bei 98 Versicherten zu und wurde 88-mal (90%) als „erfüllt“ eingeschätzt. Auf Bundesebene stellt sich dieses

Kriterium in Qualitätsbereich II als insgesamt am schlechtesten bewertet dar (26% „nicht erfüllt“)

Tabelle 7

Qualitätsbereich III – Dienstleistung, Organisation
Gesamtzahl der begutachteten Pflegedienste: 53

Kriterium	Inhalt	PD gesamt	Bew.	Anzahl PD
K 28	Erstgespräch DF	323 Versicherte	0	55 Vers.
			10	202 Vers.
			nicht ausgefüllt	66
K 29	Kostenvoranschlag	53	0	5
			10	48
K 30	Datenschutz geregelt	53	0	6
			10	47
K 31	Notfallregelung vorhanden	53	0	11
			10	42
K 32	Erste-Hilfe-Schulung	53	0	11
			10	42
K 33	Beschwerderegelung vorhanden	53	0	14
			10	39
K 34	Fortbildungsplan erstellt	53	0	14
			10	39
K 35	Verantwortungsbereich Lt. Pflegefachkraft geregelt	53	0	9
			10	44
K 36	Verantwortungsbereich MA Hauswirtschaft geregelt	38	0	9
			10	29
K 37	Erreichbarkeit	53	0	4
			10	49

Quelle: dip-Auswertung

PD = Pflegedienste
DF = Durchführung der Leistung

Im Qualitätsbereich III wurden die Kriterien zum weitaus größten Teil als „erfüllt“ eingeschätzt. Die meisten Bewertungen als „nicht erfüllt“ erhielten die Kriterien „Fortbildungsplan erstellt“ und „Beschwerdereglung vorhanden“ (jeweils mit 26%) sowie „Nachweis regelmäßiger Schulung in Erste Hilfe“ und „Notfallregelung vorhanden“ (jeweils mit 21%). Für die Kriterien „Beschwerdereglung vorhanden“ und „Nachweis regelmäßiger Schulung in Erste Hilfe“ gilt Gleiches auf Bundesebene.

Zusammenfassung

Die Auswertungen zeigen, dass bei den Prüfungen ambulanter Dienste in Rheinland-Pfalz im Bereich „Pflegerische Leistungen“ die Note „mangelhaft“ (62%) überwiegt, während in den Bereichen „Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen“ und „Dienstleitung, Organisation“ die Note „sehr gut“ am häufigsten (53% und 38%) vergeben wurde.

Obwohl der Anteil der Pflegedienste, die im Bereich „Pflegerische Leistungen“ mit „mangelhaft“ bewertet wurden, 62% beträgt, liegt der Anteil der Pflegedienste, die in der Gesamtnote mit „mangelhaft“ abgeschnitten haben, nur bei 10%.

Die Auswertung zeigt außerdem, dass bestimmte Kriterien im Bereich „Pflegerische Leistungen“ zu einem hohen Prozentsatz als „nicht erfüllt“ eingeschätzt wurden. Dazu zählen insbesondere:

- Informationen zum Umgang mit Demenz 84%
- Kontrakturenrisiko berücksichtigt 83%
- Biographie bei Demenz einbezogen 80%
- individuelle Wünsche bei der Körperpflege 77%
- Information über ein bestehendes Ernährungsdefizit 69%
- Ressourcen und Risiken bei der Ausscheidung 53%

Die Bewertung der Einzelkriterien weist in Rheinland-Pfalz tendenziell in dieselbe Richtung wie auf Bundesebene. Es handelt sich zu einem großen Teil um dieselben Kriterien, die am schlechtesten oder am besten bewertet werden. In Rheinland-Pfalz ist jedoch der Anteil der schlechten Bewertungen insgesamt oft höher, was möglicherweise zu insgesamt schlechteren Gesamt- und Bereichsnoten (insbesondere „Pflegerische Leistungen“) führt.

3. Gutachterworkshop

Um die Einschätzungen der Gutachterinnen und Gutachter zur Umsetzung der PTVA zu erfassen, wurde am 19. Februar 2010 ein beim MDK in Alzey ein Evaluationsworkshop durchgeführt. Ziele des Workshops waren die Offenlegung von Selbsteinschätzungen der Gutachterinnen und Gutachter, eine Beurteilung der inhaltlichen Struktur und Umsetzung der PTVA, eine Auseinandersetzung mit Kritik am Verfahren, aber auch am MDK-Rheinland-Pfalz, eine Einschätzung der Gutachtereinflüsse auf die Noten und die Information der Gutachterinnen und Gutachter über die wissenschaftliche Beurteilung des Verfahrens.

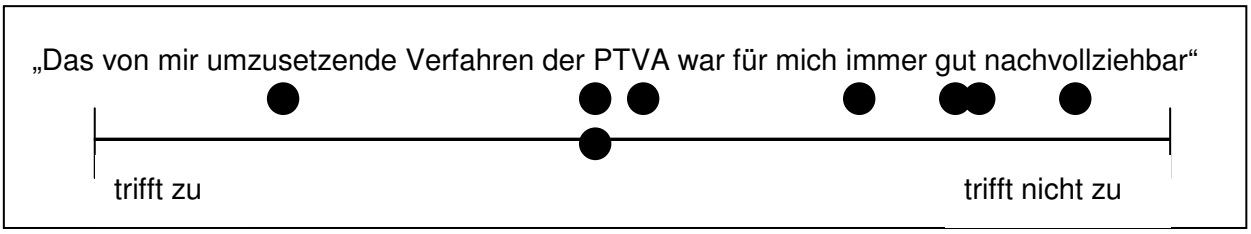
Der Workshop bestand aus drei Teilen:

- Selbsteinschätzung der Gutachterinnen und Gutachter
- Einschätzungen der Gutachterinnen und Gutachter zu den Transparenzkriterien
- Überlegungen zu Optimierungsvorschlägen hinsichtlich der Umsetzung der PTVA in Rheinland-Pfalz

Die Beiträge des Evaluationsworkshops wurden detailliert protokolliert und ausgewertet.

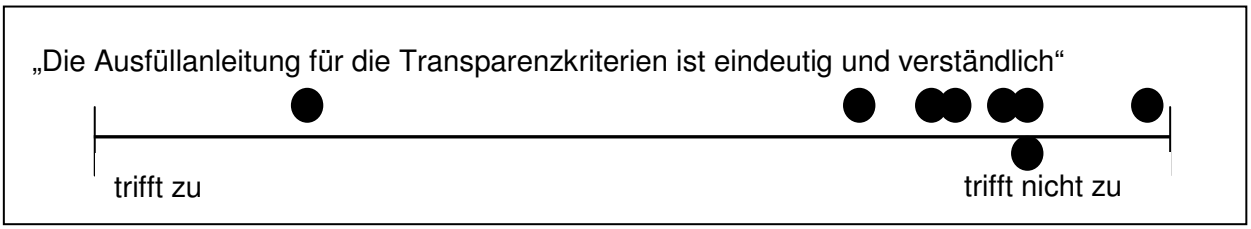
3.1 Selbsteinschätzung der Gutachterinnen und Gutachter

Die Gutachterinnen und Gutachter wurden gebeten, sieben Aussagen auf einer visuellen Analogskala hinsichtlich ihres Zutreffens individuell einzuschätzen. Die Ergebnisse waren im Anschluss Grundlage einer Gruppendiskussion, die protokolliert und ausgewertet wurde. Die schwarzen Punkte stellen die Einschätzungen der acht am Workshop teilnehmenden Gutachterinnen und Gutachter dar.



Für lediglich eine Gutachterin oder einen Gutachter war das Verfahren eher gut nachvollziehbar, die übrigen antworteten im mittleren Bereich bzw. die Aussage trifft für sie eher nicht zu.

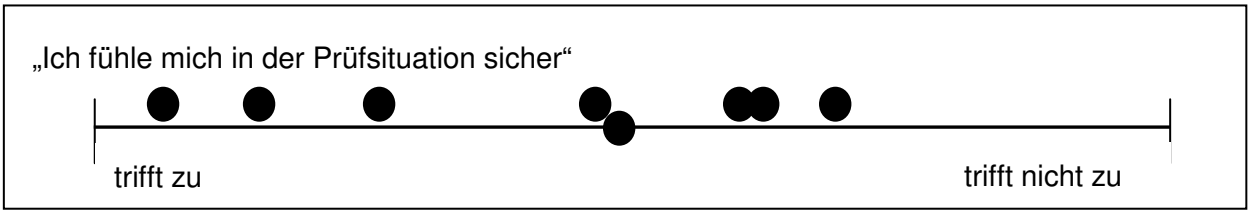
Die Gutachterinnen und Gutachter bringen zum Ausdruck, dass die Umsetzung der PTVA von Juli bis Dezember 2009 oft von Unsicherheiten geprägt war. Die Brisanz des Themas war ihnen in diesem Zeitraum bewusst, aber die Hintergrundinformationen zum Verfahren empfanden sie damals als nicht ausreichend. Im Rahmen von Teambesprechungen wurden zwar immer wieder verschiedene Aspekte besprochen, dies hätte jedoch ausführlicher erfolgen müssen und wäre in der Auffassung der meisten Gutachterinnen und Gutachter spätestens zum 01.07.2009 dringend notwendig gewesen. Insbesondere gilt dies vor dem Hintergrund, dass eine verabschiedete Prüfanleitung noch nicht vorlag und es bis November 2009 immer wieder neue Entwürfe der Prüfanleitung gab. Damit im Zusammenhang steht die Einschätzung zu einer weiteren Aussage:



Mit einer Ausnahme schätzen die Gutachterinnen und Gutachter diese Aussage als nicht zutreffend ein. Die Ausfüllanleitung sei in ihren Augen in vielen Punkten sehr „pauschal“ formuliert und werde von ihnen lediglich als umformuliertes Transparenzkriterium wahrgenommen. Insbesondere neue MDK-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter empfänden die Sprache in der Anleitung als wenig praxistauglich. Insgesamt habe die Ausfüllanleitung bei Unsicherheiten der Gutachterinnen und Gutachter nicht zur Klärung beigetragen. Die Unsicherheiten seien dadurch verstärkt worden, dass im Austausch mit den Kolleginnen und Kollegen wiederholt Abweichungen bezüglich der Einschätzung von Kriterien deutlich geworden sind. Die MDK-Prüfanleitung mit weiteren Erläuterungen sei viel zu spät gekommen.

Diese Einschätzung der Gutachterinnen und Gutachter wird durch die Analyse der Protokolle der Teamsitzungen untermauert. Z. B. wurde im Protokoll der Teamsitzung von September 2009 ebenfalls dokumentiert, dass vor allem bezgl. der ambulanten Transparenzvereinbarungen Unsicherheiten der Prüfer bestehen.[22] In der Teamsitzung im November 2009 wurde von „spürbaren Unsicherheiten in der MDK-Gemeinschaft wegen unterschiedlicher Vorgehensweise bei den Prüfungen“ berichtet und dass in einigen Bundesländern die ambulante Transparenz bisher noch nicht geprüft worden sei.[23]

Die zweitägige Klausurtagung im Dezember für Teamabsprachen zu den Prüfkriterien wurde von den Gutachterinnen und Gutachtern als sehr hilfreich und klärend empfunden, so dass zum Zeitpunkt des Workshops zwar weiterhin Unverständnis zum Verfahren selbst herrscht, die Umsetzung für die Gutachterinnen und Gutachter jedoch nachvollziehbar ist.



Diese Aussage bezieht sowohl die fachliche Sicherheit der Prüfer ein als auch die Sicherheit in ihrer Rolle als Prüfer.

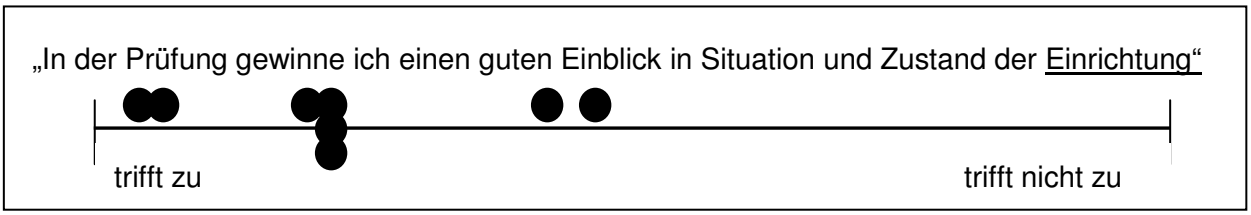
Für drei der Gutachterinnen und Gutachter trifft die Aussage „Ich fühle mich in der Prüfsituation sicher“ eher zu. Die übrigen Antworten liegen im mittleren Bereich oder im Bereich „trifft eher nicht zu“.

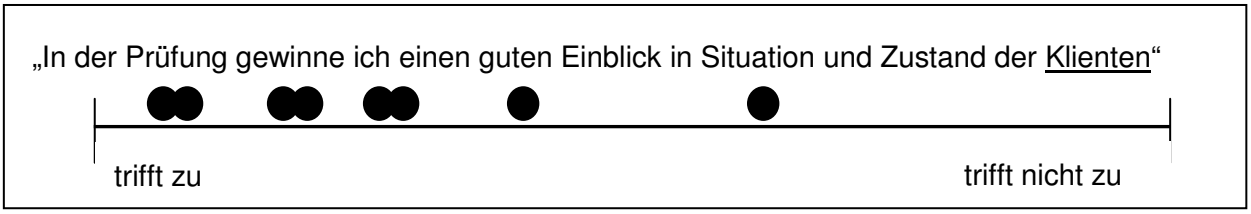
Einige Gutachterinnen und Gutachter äußern im Workshop, dass sie sich auf Grund ihrer fachlichen Kompetenz sicher fühlen. Fachliche Unsicherheiten hätten sie jedoch bei vielen Pflegenden vor Ort feststellen können. Diese würden demnach teilweise wenig fachlich argumentieren und einer abweichenden Einschätzung der Prüfer meist sofort zustimmten. Bei den Gutachterinnen und Gutachtern besteht zum Zeitpunkt des Workshops der Eindruck, dass auf Grund eines immensen Zeitdrucks in der ambulanten Pflege in der Dokumentation oftmals nicht korrekte Angaben unreflektiert weiter übertragen würden (falscher Summenwert in der Braden-Skala, falsches Körpergewicht). Oftmals hätten auch Beobachtungen der Pflegenden keinerlei Konsequenzen, Auffälligkeiten und Veränderungen bei den Klienten fielen ihnen zum Teil gar nicht erst auf.

Zur Frage der Sicherheit in ihrer Rolle als Prüferinnen und Prüfer führen sie aus, dass insbesondere die Kolleginnen und Kollegen, die erst seit kurzem beim MDK tätig sind, sich nicht immer sicher fühlen würden, weil die Ausfüllanleitung der Transparenzkriterien ihrer Meinung nach viele Fragen offen lasse, die auch im Team bisher nicht vollständig geklärt worden seien. Die individuellen Gutachtereinflüsse werden hier insbesondere daran deutlich, dass die Gutachterinnen und Gutachter im Workshop einheitlich äußern, bei Unsicherheiten in der Beurteilung einzelner Kriterien im Zweifelsfall positiv für die Pflegedienste zu entscheiden.

[22] MDK-Rheinland-Pfalz (2009): Ergebnisprotokoll zur Teamsitzung der Prüfer am 24.09.2009
[23] MDK-Rheinland-Pfalz (2009): Ergebnisprotokoll zur Teamsitzung der Prüfer am 26.11.2009

Die Gutachterinnen und Gutachter berichten weiter, dass die Angst vieler ambulanter Dienste vor einer Prüfung sehr hoch sei. Dementsprechend entstehe der Eindruck, dass viele Tätigkeiten durchgeführt und dokumentiert würden, „weil der MDK das so will“. Dies werde auch oftmals von den Einrichtungsleitungen als Argument genutzt, um von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern das Einhalten von Vorschriften zu fordern. Zudem würden sich Stresssituationen für die Einrichtungen in der Prüfung in der Form äußern, dass beispielsweise eine unstrukturierte Betriebsamkeit entstehe, die Mitarbeiter zu weinen begännen oder den Raum verließen und nicht zurückkämen. Die Gutachterinnen und Gutachter seien dann bemüht, den Stress zu reduzieren und ihre eigene Arbeit weitgehend transparent zu machen, indem sie Erklärungen gäben und auch ihre Feststellungen immer sofort zurückmeldeten.



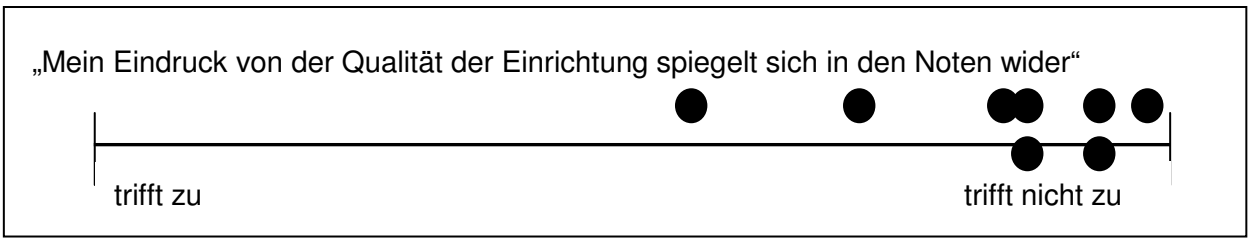


Die Gutachterinnen und Gutachter schätzen im Workshop ein, insgesamt einen mittleren bis eher guten Einblick sowohl in die Situation und den Zustand der Einrichtung als auch der Klienten zu bekommen. Allerdings sei es jeweils davon abhängig, ob sie als Haupt- oder Nebengutachter eingesetzt sind. Als Hauptgutachter bekämen sie einen Einblick in die Struktur der Einrichtungen, als Nebengutachter bekämen sie einen Einblick in die Situation und den pflegerischen Zustand der Klienten.

Die Frage, ob es sich um eine gute Einrichtung handelt, lasse sich nach Meinung einiger Gutachterinnen und Gutachter anhand der Prüfkriterien, z.B. am vorhandenen Pflegekonzept, nicht unbedingt beantworten. Es sei lediglich die Aussage zu treffen, ob die Prüfkriterien erfüllt sind. Würde beispielsweise eine Einrichtung gesucht, von der die eigene Mutter versorgt werden soll, würden sie selbst auf andere Kriterien achten, die in der MDK-Prüfung keine Relevanz haben (z.B. die Atmosphäre, der Umgang mit den Klienten, Präsenz der Pflegekräfte). Die Gutachterinnen und Gutachter weisen darauf hin, dass der Eindruck, den sie von einer Einrichtung bekommen, auch von der Stimmung abhängig sei, mit der sie dort empfangen werden. Verhielten sich die Führungskräfte und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung offen und kooperativ, dann bekämen die Gutachterinnen und Gutachter einen guten Einblick. Seien sie reserviert und zurückhaltend, sei der Einblick weniger gut. Da-

mit habe nicht nur die Gutachterin oder der Gutachter einen gewissen Einfluss auf das Prüfergebnis, sondern auch die Einrichtung selbst.

Die Gutachterinnen und Gutachter geben im Workshop an, den Zustand der Klienten in jedem einzelnen Fall gut beurteilen zu können. Sie sehen jedoch das Verfahren der Zufallsauswahl als problematisch an. Das Verfahren führe dazu, dass Klienten in die Prüfung einbezogen und besucht würden, die nur einmal in der Woche durch den Pflegedienst versorgt werden. Auf der anderen Seite würden Pflegeproblembereiche wie Dekubitus- oder PEG-Versorgung nicht immer abgebildet. Das bedeute letztendlich auch, dass in vielen Fällen der Einblick in die Einrichtung während der Prüfung nicht umfassend sei und oft Wesentliches ausblende.



Nach Einschätzung der Gutachterinnen und Gutachter spiegelt sich die Qualität der Einrichtung eher nicht in den Noten wider. Da bei vielen Kriterien zwei Aspekte zutreffen müssen – „etwas muss sowohl dokumentiert als auch nachvollziehbar durchgeführt sein“ – wird die Dichotomisierung (zutreffend oder nicht zutreffend) der Antworten als ungünstig angesehen. Eine Möglichkeit der Abstufung sei ihrer Meinung nach hier angebrachter, da im Gespräch mit den Pflegefachkräften und den Klienten oftmals Aspekte zwar nachvollziehbar durchgeführt, aber nicht dokumentiert seien. Um ein Kriterium als erfüllt zu bewerten, müsse beides zutreffen und einer „guten“ Pflege, die „lediglich“ nicht dokumentiert sei (Klient ist in sehr gutem Pflegezustand) würde nicht Rechnung getragen. Zitat einer Gutachterin/eines Gutachters: „Ich sehe oft top versorgte Leute und hochzufriedene Angehörige, aber in der Dokumentation steht nichts von Individualität, und dann muss ich „nein“ ankreuzen.“

Die Gutachterinnen und Gutachter berichten weiter, dass die ambulanten Dienste bisher wenig Erfahrung mit dem Instrument hätten. Sie schätzen jedoch ein, dass diese zunehmend wissen werden, worauf sie für die Prüfung und damit in der Dokumentation achten müssten. Das könnte in den Augen der Gutachterinnen und Gutachter möglicherweise dazu führen, dass zukünftig zielgerichteter prüfungsrelevant dokumentiert wird („alle lernen das Richtige zu dokumentieren“) und damit bessere Noten entstünden, die wiederum ebenfalls keine Aussage über die tatsächliche Qualität der Einrichtung zuließen.

Zusammenfassung

Die Gutachterinnen und Gutachter kommen im Workshop zu folgenden Aussagen:

Im ersten halben Jahr der Umsetzung der PTVA bestand bei allen Gutachterinnen und Gutachtern eine große Unsicherheit. Diese betraf sowohl das gesamte Verfahren als auch die Beurteilung der einzelnen Kriterien. Die Umsetzung hätte nach ihrer Einschätzung insbesondere vor dem Hintergrund der verschiedenen Versionen der Prüfanleitung einer zeitnahen Schulung bedurft.

In der konkreten Bewertungssituation hat die Ausfüllanleitung der Transparenzkriterien viele Fragen der Gutachterinnen und Gutachter offen gelassen, so dass verschiedene Kriterien von mehreren Gutachterinnen und Gutachtern jeweils anders verstanden und bewertet wurden. Trotz der Klausurtagung im Dezember 2009 sind zum Zeitpunkt des Workshops viele Fragen zu den Transparenzkriterien nicht vollständig geklärt, weswegen weiterhin, insbesondere bei „neueren“ Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, Unsicherheiten bestehen. Die Gutachterinnen und Gutachter entscheiden dann „im Zweifelsfall für den Pflegedienst“.

Die Gutachterinnen und Gutachter schätzen sich pflegefachlich als kompetent ein und bringen offen fachliche Defizite der Pflegenden vor Ort zur Sprache, aber auch deren Zeitdruck. Zudem erleben sie häufig, dass in den Einrichtungen auf Grund der Prüfung extreme Stresssituationen entstehen.

Die Gutachterinnen und Gutachter sind der Meinung, einen für die Bewertung ausreichend guten Einblick in die Situation der Einrichtung und der Klienten zu bekommen. Dieser Einblick stehe ihrer Meinung nach auch im Zusammenhang mit der Offenheit und Kooperativität, mit der die Einrichtungen ihnen entgegenkämen. Die Gutachterinnen und Gutachter teilen mit, dass sie den Zustand der Klienten in jedem einzelnen Fall gut beurteilen könnten. Allerdings kommen die Gutachterinnen und Gutachter auch zu der gegensätzlichen Aussage, dass der Einblick in die tatsächliche pflegerische Leistung der Dienste durch die Stichprobenauswahl beeinträchtigt sei, da wesentliche Problem- und Gefahrenbereiche nicht immer in die Prüfung einbezogen würden.

Die Qualität der Einrichtung spiegele sich nach Einschätzung der Gutachterinnen und Gutachter deutlich nicht in den Noten wider. Sie erlebten Klienten oft in gutem Pflegezustand, müssten die Einrichtung aber dennoch auf Grund von Dokumentationsmängeln schlecht bewerten. Hier wird zudem die Dichotomisierung der Antworten als problematisch gesehen, die keine „Zwischenbewertungen“ zulässt.

Ein weiterer Aspekt, der in die Diskussion eingebracht wurde, war, dass die Gutachterinnen und Gutachter persönlich eine gute Einrichtung nach völlig anderen Kriterien auswählen würden. Hier würden beispielsweise die Atmosphäre, der Umgang mit den Klienten oder die Präsenz der Pflegenden (für Heime) eine Rolle spielen.

3.2 Einschätzungen der Gutachterinnen und Gutachter zu den Transparenzkriterien

Im zweiten Teil des Workshops wurden die Einschätzungen der Gutachterinnen und Gutachter bezüglich einzelner Transparenzkriterien erfasst. Sie wurden gebeten, jeweils drei Kriterien zu benennen, die sie für am uneindeutigsten halten, drei Kriterien, die sie für am eindeutigsten und zwei Kriterien, die sie für am wichtigsten halten (um die Qualität einer Einrichtung zu beurteilen).

Eine allgemeine Betrachtung des Ergebnisses macht deutlich, dass sich nach Einschätzung der Gutachterinnen und Gutachter im Qualitätsbereich I die meisten nicht eindeutigen, aber auch die meisten wichtigen Kriterien befinden. Dagegen werden von ihnen die eindeutigen Kriterien eher den Qualitätsbereichen II und III zugeordnet. Nur vereinzelt werden jedoch in diesen Bereichen Kriterien auch als wichtig eingeschätzt.

Qualitätsbereich I

eindeutig	uneindeutig	wichtig
	6x K1 KP indiv. Wünsche	4x K1 KP indiv. Wünsche
	1x K2 Essen, Trinken indiv.	1x K2 Essen, Trinken indiv.
		2x K5 Info Flüssigkeitsdefizit
		1x K6 Nahrungsaufn. DF
		2x K8 Info Ernährungsdefizit
	1x K9 Ress.Risik. Aussch.	
1x K11 Dekub. erfasst	2x K12 Lagerung geweb.	
	4x K13 Kontrakturen	
	3x K14 Mobilisierung	
	2x K15 Biografie Demenz	1x K15 Biografie Demenz
	2x K16 Umgang Demenz	1x K16 Umgang Demenz
1x K17 FEM		

Qualitätsbereich II

eindeutig	uneindeutig	wichtig
		1x K18 chron. Wunden
4x K19 Medis wie verord.		
1x K20 RR wie verord.		
		1x K21 Proph. bei Beatm.
1x K24 ATS sachgerecht		
	1x K27 Komm. mit Arzt	

Qualitätsbereich III

eindeutig	uneindeutig	wichtig
3x K28 Erstgespräch		
2x K29 Kostenvoranschl.		
	1x K31 Notfälle geregelt	
2x K32 Erste-Hilfe-Schul.		
1x K34 FB-Plan	1x K34 FB-Plan	2x K34 FB-Plan
1x K36 Verantw. HW		

Quelle aller drei Tabellen: dip-Auswertung

Das Kriterium 1 „individuelle Wünsche bei der Körperpflege“ wird im Workshop mit sechsmal am häufigsten als uneindeutig, aber auch am häufigsten als wichtig benannt. Als Begründung für die Uneindeutigkeit wird von den Gutachterinnen und Gutachtern angeführt, dass nicht geklärt sei, was unter individuellen Wünschen zu verstehen ist. „Kann z. B. schon das Einhalten der individuell gewünschten Uhrzeit für die Körperpflege für ein Erfüllen des Kriteriums ausreichen oder müssen beispielsweise Vorlieben bestimmter Pflegeartikel beschrieben sein?“ Als weitere uneindeutige Kriterien stellen sich im Workshop Kriterium 13 „Kontrakturrisiko berücksichtigt“ (viermal) und Kriterium 14 „Mobilisierung“ (dreimal) heraus. Die Hintergründe dazu werden diskutiert.

Obwohl die Kriterien, bei denen lediglich das Durchführen der Leistung nachvollziehbar sein muss (Flüssigkeitsversorgung, Ernährung, Unterstützung bei der Ausscheidung), um als „erfüllt“ bewertet zu werden, nicht als uneindeutig angegeben werden, ergeben sich Unklarheiten in der anschließenden Diskussion. Insbesondere bezüglich des Kriteriums Unterstützung bei der Ausscheidung besteht Uneinigkeit unter den Gutachterinnen und Gutachtern, ob der Leistungsnachweis ausreichend sei oder ob konkrete Einzelmaßnahmen zusätzlich dokumentiert sein müssten, um dieses Kriterium zu erfüllen.

Zusammenfassung

Insgesamt kann die Aussage getroffen werden, dass Kriterien, die auf strukturelle Bedingungen abzielen (Qualitätsbereich III, aber auch in Qualitätsbereich II „Umgang mit Medikamenten“) und für die Einrichtungen zentral zu regeln sind, nach Einschätzung der Gutachterinnen

und Gutachter von ihnen auch eindeutiger bewertet werden können. Als schwierig und uneindeutig werden von ihnen dagegen Kriterien eingeschätzt, die direkt auf die Klienten bezogen sind und in denen sich zwischenmenschliche Interaktionen ausdrücken. Dies sind jedoch in den Augen der Gutachterinnen und Gutachter die wichtigsten Kriterien zur Einschätzung der Qualität eines Pflegedienstes. Das Erfüllen der Kriterien an die Dokumentation zu koppeln erhöhe nach ihrer Auffassung die Eindeutigkeit, sei aber weniger geeignet, um die tatsächliche Qualität der Pflege abzubilden.

3.3 Optimierungsvorschläge der Gutachter zum Verfahren in RLP

Die Gutachterinnen und Gutachter wurden im Workshop aufgefordert, in drei Gruppen Optimierungsvorschläge zur Umsetzung der PTVA zu machen. Bei den Ideen konnte sowohl die Instrumentenebene als auch die Umsetzung in Rheinland-Pfalz in den Blick genommen werden. Die Ergebnisse der Gruppenarbeiten brachten folgende Vorschläge hervor:

1. Um den Eindruck der Einrichtung zutreffend abzubilden, sei es erforderlich, fachlich differenziertere Prüfungen durchzuführen. Es erscheint den Gutachterinnen und Gutachtern beispielsweise zu oberflächlich, nur nach einem Fortbildungsplan zu fragen, aussagekräftiger sei es, sich anzusehen, wie die Einrichtung Fortbildungen umsetze. In diesem Zusammenhang wird im Workshop auch kritisiert, dass Fortbildungen, die im Vorjahr stattgefunden haben, in den Prüfungen nicht berücksichtigt würden. Damit müssten Einrichtungen lediglich jedes Jahr einen solchen Plan vorhalten, ohne ihn umzusetzen, und bekämen dafür 10 Punkte.

Die Prüfanleitung ermögliche kein vertieftes Eingehen auf verschiedene Kriterien und teilweise seien Rechtsanwälte der Einrichtungen bei den Prüfungen anwesend und wiesen auf die Grenzen des Prüfinstruments hin. Zudem stünden zeitliche Gründe bei 10 bis 12 Stunden andauernden Prüfungen einer differenzierteren Prüfung entgegen. Die Gutachterinnen und Gutachter schildern, dass sie selbst unter dem hohen Druck stünden, prüfen zu müssen, dabei nicht ausreichend in die Tiefe gehen zu können und zudem zu wenig Zeit zu haben.

2. Verschiedene Kriterien werden von den Gutachterinnen und Gutachtern im Workshop als verzichtbar eingeschätzt, z. B.: Schulung in Erster Hilfe, Beschwerdemanagement, Fortbildungsplan vorhanden, Erstgespräch geführt.

3. Besser, als eine repräsentative Zufallsstichprobe zu ziehen, sei es nach Meinung der Gutachterinnen und Gutachter, Klienten nach Risikobereichen auszuwählen, da der Umgang einer Einrichtung mit Risikobereichen (z. B. Dekubitusprophylaxe, Wundversorgung, Sturzprophylaxe) einen wesentlichen Teil der Qualität der pflegerischen Leistung abbilde.

Diese Möglichkeit gebe es zurzeit nicht mehr. Bei Beschwerden würde zudem auch keine Anlassprüfung mehr durchgeführt, sondern eine Regelprüfung. Die Prüfung dürfe lediglich bei Auffälligkeiten erweitert werden, dabei bestünden bei den Gutachterinnen und Gutachtern sowohl Unsicherheiten zu entscheiden, was eine Auffälligkeit ist, als auch zum entsprechenden Vorgehen.

4. Der pflegerische Ist-Zustand sollte in die Bewertungen einbezogen werden.

5. Die Gutachterinnen und Gutachter halten es für sinnvoller, wenn es nicht nur die Möglichkeit geben würde, „ja“ oder „nein“ anzukreuzen, sondern auch Zwischenbereiche, um bei der nächsten Prüfung eine Entwicklung aufzeigen zu können.

6. Viele Einrichtungen sollten nach Meinung der Gutachterinnen und Gutachter ihre Kenntnisse zu Rahmenverträgen, Qualitätsprüfungen einschließlich MDK-Anleitung und Transparenzvereinbarungen verbessern. Sie berichten, dass in diesem Zusammenhang der MDK Rheinland-Pfalz geplant habe, die Einrichtungen mit einem Schreiben darüber zu informieren, welche Unterlagen für den Fall einer Prüfung immer vorgehalten werden sollten. Damit sollen auch die Wartezeiten für die Gutachterinnen und Gutachter in den Einrichtungen verkürzt werden.

7. Um die Sicherheit der Gutachterinnen und Gutachter in der Prüfsituation zu erhöhen, wünschen diese sich regelmäßig, einmal im Quartal oder einmal im halben Jahr, Klausurtagungen durchzuführen, wie es im Dezember 2009 der Fall war. In diesem Zusammenhang könnten konkrete Fälle bearbeitet werden. Dies erscheint ihnen insbesondere vor dem Hintergrund wichtig, dass das Team zukünftig größer werden wird. Im Rahmen von Teambesprechungen sei die Zeit für fachliche Klärungen nicht ausreichend.

Zudem sei es in den Augen der Gutachterinnen und Gutachter wichtig, ein Manual zu haben, in dem konsentierte und legitimierte Absprachen enthalten sind. Alternativ wird vorgeschlagen, dass die Software um Buttons mit hinterlegten aktuellen Absprachen erweitert werden könne. Derartige Maßnahmen seien zukünftig bei der hohen Anzahl von Prüferinnen und Prüfern umso wichtiger, um deren Angreifbarkeit zu reduzieren.[24]

[24] Da in den verschiedenen Regionen die gleichen Träger der Einrichtungen bei den Prüfungen anwesend sind, stellen diese dann möglicherweise Unterschiede zwischen den Bewertungen einzelner Prüferinnen und Prüfer fest.

4. Wissenschaftliche Stellungnahme

In der folgenden wissenschaftlichen Stellungnahme werden aus den Ergebnissen der Kapitel 2 und 3 zunächst die Fragestellungen aus Modul 1 beantwortet.

- Hat der MDK Rheinland-Pfalz das Verfahren gemäß den Vereinbarungen umgesetzt?
- Wie ist das Verfahren aus wissenschaftlicher Sicht (aus der Sicht standardisierter Methodik) zu beurteilen?

Im Anschluss erfolgt eine Erläuterung der dem Projektauftrag zu Grunde liegenden Phänomene:

- Während ein hoher Anteil an Pflegediensten im Bereich „Pflegerische Leistungen“ mit „mangelhaft“ bewertet wurde, hat nur ein sehr geringer Anteil in der Gesamtbewertung die Note „mangelhaft“ erhalten.
- Die Gutachterinnen und Gutachter in Rheinland-Pfalz haben von vielen Pflegediensten einen besseren fachlichen Eindruck, als die Noten dies widerspiegeln.

4.1 Hat der MDK Rheinland-Pfalz das Verfahren gemäß den Vereinbarungen umgesetzt?

Betrachtet man die Chronologie der Transparenzvereinbarungen auf Bundesebene, muss man zunächst zu dem Schluss kommen, dass der zur Verfügung stehende Zeitrahmen für Entwicklung und Umsetzung eng war. Am 29.01.2009 wurden die Transparenzvereinbarungen ambulant beschlossen, am 30.06.2009 trat die neue QPR in Kraft. Das bedeutet, dass innerhalb von fünf Monaten die Transparenzkriterien in die Erhebungsbögen und in die Prüfanleitung eingearbeitet, weitere Änderungen in beiden Dokumenten vorgenommen, die Prüffragen um umfangreiche Erläuterungen ergänzt und die QPR angepasst werden musste. Auf Grund dessen sind nach Einschätzung der Autoren des vorliegenden Berichts die fünf Entwurfsversionen der Prüfanleitungen ambulant sowie die überschaubaren Nachbesserungen in den Anleitungen vom 22.10., 10.11. und 25.11.2009 grundsätzlich zeitlich und inhaltlich nachvollziehbar. Allerdings hat, nach dem Kenntnisstand der Autoren, seitens des MDS wenig Kommunikation mit den MDK bezüglich der Weiterentwicklung und der vorgenommenen Änderungen stattgefunden, so dass für diese kaum vorauszusehen war, ob und wie viele weitere Versionen noch folgen würden.

Mit dem engen zeitlichen Verlauf der Umsetzung auf Bundesebene waren bei der konkreten Umsetzung durch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung Schwierigkeiten voraussehbar. Zwar standen die Transparenzkriterien und Ausfüllanleitungen zeitnah nach deren Beschluss zur Verfügung, jedoch nur als ein Anteil eines Gesamtprüfverfahrens. Das gesamte Verfahren musste dann mit Inkrafttreten der QPR vom 30.06.2009 umgesetzt werden. Dabei wurden Erhebungsbogen und Anleitung für die Prüfung stationärer Einrichtungen erst am 02.07., für die Prüfung ambulanter Einrichtungen am 09.07.2009 an die MDK versandt, eine EDV stand insbesondere für Prüfungen ambulanter Einrichtungen nicht von Beginn an zur Verfügung. Das führte zu der Regelung, dass Prüfungen ambulanter Einrichtun-

gen zunächst auf das „Maß des Notwendigen“ beschränkt werden sollten. Diese fanden dann verstärkt ab September/Oktober 2009 statt.

Unter den gegebenen Rahmenbedingungen hat der MDK Rheinland-Pfalz die PTVA zeitnah und formal korrekt umgesetzt. Eine Auseinandersetzung der Gutachterinnen und Gutachter mit dem Verfahren der PTVA fand bereits ab März 2009 statt, die Transparenzkriterien wurden seit diesem Zeitpunkt bei Prüfungen ambulanter Dienste „zur Übung“ erhoben.

Während die der ISmed-Gemeinschaft angehörenden MDK von Juli bis September 2009 fast ausschließlich stationäre Einrichtungen prüften, wurden in Rheinland-Pfalz durch die Landesverbände der Pflegekassen in diesen Monaten bereits eine hohe Anzahl an Aufträgen zur Prüfung ambulanter Einrichtungen an den MDK vergeben. So war dieser gezwungen, zu der „Notlösung“ zu greifen, die Prüfungen mit der Software der QPR aus 2005 durchzuführen und die Transparenzkriterien zusätzlich auf einem Papierbogen zu erheben. Aus diesem Grund hatte eine MDK-Rheinland-Pfalz-interne Verzögerung bei der Weiterleitung der neuen QPR und Prüfanleitung ambulant an die Gutachterinnen und Gutachter im Juli 2009 von einer Woche keinen nachhaltigen negativen Einfluss auf das Prüfgeschehen.

Eine spezielle Schulung der Gutachterinnen und Gutachter in Rheinland-Pfalz zur Umsetzung der neuen QPR erfolgte nicht. Die Aussagen der Gutachterinnen und Gutachter im Workshop lassen den Schluss zu, dass auch seitens des MDK Rheinland-Pfalz zu wenige Hintergrundinformationen zum Verfahren sowie zu den verschiedenen Versionen der Prüfanleitung vermittelt wurden. In den Teambesprechungen wurden aktuelle Fragen bearbeitet und es erfolgte wiederholt der Hinweis darauf, sich genau an die Ausfüllanleitung der Transparenzkriterien zu halten. Im Workshop wurde deutlich, dass die Gutachterinnen und Gutachter dies umgesetzt haben, soweit es ihnen möglich erschien. Das strikte Orientieren insbesondere an den Dokumentationsanforderungen in den Ausfüllanleitungen führte jedoch bei ihnen zum Teil zu Unzufriedenheit mit den eigenen Bewertungen. In ihrer Wahrnehmung mussten sie so oftmals schlechte Noten vergeben, weil die Dokumentationsanforderungen nicht erfüllt waren, obwohl ihr Eindruck von der tatsächlichen Pflege ein besserer war.

Andererseits flossen wesentliche Problembereiche auf Grund der Stichprobenauswahl nicht in die Prüfungen ein, was dazu führte, dass die Gutachterinnen und Gutachter in vielen Fällen den von der Einrichtung gewonnenen Eindruck als nicht ausreichend einschätzten.

Die Gutachterinnen und Gutachter ahnten also an vielen Stellen die Schwäche des Verfahrens. Dazu kamen eigene Unsicherheiten, da die Ausfüllanleitungen, insbesondere im Bereich „Pflegerische Leistungen“, dennoch viele Fragen offen ließen und sie im Austausch untereinander immer wieder Diskrepanzen in der grundsätzlichen Bewertung verschiedener Kriterien feststellten. Diese Unsicherheiten hatten die einheitliche Einstellung der Gutachterinnen und Gutachter zur Folge, „im Zweifel für den Pflegedienst“ zu entscheiden. Die nach Ablauf von fast einem halben Jahr stattgefundene Klausurtagung mit intensiver inhaltlicher Auseinandersetzung mit den Transparenzkriterien kam, gemessen daran, zu einem späten Zeitpunkt.

Fazit: In Rheinland-Pfalz musste, im Unterschied zu anderen Bundesländern, die PTVA von Beginn an (01.07.2009) in einer Vielzahl von Qualitätsprüfungen umgesetzt werden. Dies erfolgte unter den Schwierigkeiten der gegebenen Rahmenbedingungen. Die Schwächen

des Instruments, die Unsicherheiten der Gutachterinnen und Gutachter sowie die Tatsache, dass mit der Umsetzung begonnen werden musste, obwohl die Entwicklungen rund um das Verfahren noch nicht abgeschlossen waren, hatte einen hohen Abstimmungsbedarf zur Folge. Dieser war auf Bundesebene nicht vorgesehen und ist auch in Rheinland-Pfalz erst etwas später beantwortet worden.

4.2 Beurteilung des Verfahrens aus der Sicht standardisierter Methodik

Bislang konzentrierten sich alle Bewertungen der PTVA ausschließlich auf die inhaltliche Bewertung der verwandten Kriterien und den Umgang mit den Ergebnissen.

Zusätzlich zu diesen Ebenen muss aus wissenschaftlicher Sicht bei einer Bewertung auch das Standardisierungsmodell der PTVA/PTVS betrachtet werden. Dabei gibt es aktuell fünf Fehlerquellen bei der Berechnung der Noten:

- Summen- und Durchschnittsbildungen über die Mittelwerte
- fehlende Werte
- Stichprobenfehler
- gleiche Gewichtung unterschiedlich schwerer Kriterien
- Gutachterfehler

An eine Mittelwertsbildung sind klare Voraussetzungen geknüpft. Eine Voraussetzung wäre es, dass alle Kriterien, aus denen ein Mittelwert berechnet wird, auch zu einer Dimension gehören. Dies ist in PTVA und PTVS jedoch nicht der Fall, die Kriterien eines Qualitätsbereichs gehören nicht immer auch derselben Dimension an. So ist z. B. ist die Frage danach, „ob vereinbarte Leistungen auch wirklich durchgeführt wurden“, eher eine Frage danach, ob man sich an die Regeln hält, wohingegen die Frage danach, „ob Angehörige von Demenzerkrankten über den besonderen Umgang mit dieser Klientel informiert wurden“ schon über ein einfaches Einhalten gegebener Regeln hinausgeht. Trotzdem werden beide Kriterien im gleichen Bereich „Pflegerische Leistungen“ mit gleichem Gewicht in Mittelwerten verrechnet.

Weitere Voraussetzungen sind es, dass die Kriterien alle „gleich schwer“ sind und die Mittelwerte immer aus einer gleichen Anzahl von Kriterien gebildet werden. Auch diese Anforderungen sind in den Verfahren der PTVA und PTVS nicht erfüllt. Es gibt hier „leichte“ Kriterien, die fast überall positiv bewertet werden, und es gibt „schwere“ Kriterien, die eher von wenigen erfüllt werden, und trotzdem werden alle in der Berechnung des Mittelwerts gleich behandelt. Zudem variiert die Anzahl der Kriterien, aus denen ein Mittelwert gebildet wird, sehr stark. Eine „eins“ aus zehn Kriterien ist aber tendenziell besser als eine „eins“ aus sechs Kriterien. Das alles wird aktuell nicht berücksichtigt.

Die Berechnung von Mittelwerten aus einer jeweils unterschiedlichen Anzahl von Kriterien, die nicht einer Dimension angehören und unterschiedlich schwer sind, ist ein wesentlicher Grund dafür, dass die mit den Verfahren der PTVA und PTVS errechneten Pflegenoten nicht die tatsächliche Qualität der Einrichtung widerspiegeln können.

Um die Validität der Pflegenoten zu erhöhen, wäre daher eine Abkehr von der Berechnung der Mittelwerte notwendig. Im Kern wird dies auch aktuell im Evaluationsbericht des MDS

diskutiert, aber nur aufgrund von Plausibilitätsüberlegungen und nicht orientiert an einer methodisch nachvollziehbaren Regel. Schon auf der Basis der zahlenmäßig kleinen Datensätze, die aktuell vorliegen, muss der Wechsel von Mittelwerten zu Kriterienmustern empfohlen werden. Ein System trennscharfer Kriterienmuster könnte bereits mit den aktuell in den verschiedenen medizinischen Diensten vorliegenden Daten errechnet werden. Diesen verschiedenen trennscharfen Kriterienmustern ließen sich „Noten“ zuordnen, die dann allerdings wirklich valide wären. In der Folge wäre es dann auch möglich, den Anteil an Gutachterfehlern zu berechnen.

Unerlässlich ist eine Bestimmung relevanter Gütekriterien des zugrundegelegten Standardisierungsmodells. Da die Bewertung des Verfahrens bislang nicht auf der Basis von Gütekriterien erfolgt, sondern allein auf Konsens ausgerichtet ist, ist es nicht möglich, die Güte des Einsatzes des Verfahrens durch die verschiedenen medizinischen Dienste oder deren Gutachterinnen und Gutachter zu bestimmen.

4.3 Erklärung der beobachteten Phänomene

Aus der Beurteilung in den Kapiteln 5.1 und 5.2 lassen sich nun Aussagen zu den beiden in der Einleitung genannten Phänomenen machen.

Während ein hoher Anteil an Pflegediensten im Bereich „Pflegerische Leistungen“ mit „mangelhaft“ bewertet wurde, hat nur ein sehr geringer Anteil in der Gesamtbewertung die Note „mangelhaft“ erhalten.
Wie in Kapitel 5.1 beschrieben, hat der MDK Rheinland-Pfalz direkt mit Inkrafttreten der QPR ab 01.07.2009 komplette Qualitätsprüfungen in ambulanten Pflegediensten durchgeführt. Trotz Anwendung der ambulanten Transparenzkriterien schon ab März 2009 gab es viele offene Fragen zu dem noch in der Entwicklung befindlichen Verfahren. Die Prüfanleitung vom 09.07.2009 kam in den Augen der Gutachterinnen und Gutachter viel zu spät, eine Vorlaufzeit zur Auseinandersetzung mit dem Dokument war von Seiten des MDS nicht vorgesehen[25], zeitnahe ausreichende Klärungsprozesse innerhalb des MDK Rheinland-Pfalz fanden noch nicht statt. Die Dokumentenanalyse hat gezeigt, dass die Gutachterinnen und Gutachter in den Teambesprechungen wiederholt darauf hingewiesen wurden, dass sie die Ausfüllanleitungen genau beachten sollen. Im Workshop wurde deutlich, dass sie strikt darauf geachtet haben, dass alle Bedingungen, an die das Erfüllen eines Kriteriums gebunden ist, eingehalten waren, und haben nur dann jeweils 10 Punkte vergeben. In diesem Zusammenhang ist möglicherweise auch der aus einem Teambesprechungsprotokoll hervorgehende Vorwurf der MDK-Gemeinschaft gegen den MDK Rheinland-Pfalz zu sehen, dass dieser ein zu strenges Prüfverhalten an den Tag lege.

Es ist zudem davon auszugehen, dass der Eindruck der Gutachterinnen und Gutachter zu wenige Hintergrundinformationen zum Verfahren und zur Umsetzung zu haben, verstärkt bei den ambulanten Pflegeeinrichtungen bestand und diese noch weniger mit den neuen Prüfkriterien vertraut waren. Dies bestätigten die Gutachterinnen und Gutachter im Workshop. Zwar

[25] Wahrscheinlich aus Sicht des MDS auch nicht möglich.

handelt es sich bei den Kriterien, die insgesamt zu einem hohen Prozentsatz als „nicht erfüllt“ bewertet wurden, nicht ausschließlich um neu hinzugekommene Kriterien[26], aber es ist davon auszugehen, dass den Pflegediensten nicht bewusst war, welches Gewicht auch einige der bekannten und aus den Anlagen der QPR von 2005 übernommenen Prüffragen in den Transparenzvereinbarungen haben würden.

Als Ergebnis ist festzuhalten, dass die Unsicherheiten der Prüfer in Verbindung mit einem strikten Einhalten des invaliden Verfahrens vor dem Hintergrund einer nicht hinreichenden Kenntnislage und Vorbereitung der ambulanten Pflegedienste sehr wahrscheinlich dazu geführt haben, dass der Bereich „Pflegerische Leistungen“ der ambulanten Dienste in Rheinland-Pfalz zu einem hohen Anteil mit „mangelhaft“ bewertet wurden.[27]

Für die Beantwortung der Frage, warum trotz schlechter Bewertungen der pflegerischen Leistungen viele Pflegedienste dennoch insgesamt mit einer guten Note abschneiden, muss das Standardisierungsmodell der PTVA noch einmal betrachtet werden.

Bislang werden aus den Kriterienbewertungen Summenwerte und aus den Summenwerten Mittelwerte gebildet, denen dann wiederum Noten zugeordnet werden. Diese Noten sind ein Standardisierungsmodell der Qualitätsmessung.

Bei einem guten Standardisierungsmodell müsste man von den Noten wieder auf die Kriterienausprägungen zurückschließen können, so wie man bei einer Mathematik-Arbeit, bei der man bei den beiden extremen Noten „eins“ und „sechs“ ja direkt zurückschließen kann, dass jemand der eine „eins“ bekommen hat, alle Aufgaben und jemand, der eine „sechs“ bekommen hat, keine der Aufgaben lösen konnte.

Bei gut strukturierten Prüfungen kann man nicht nur bei den beiden Extremnoten „eins“ und „sechs“, sondern auch bei den Noten zwischen „zwei“ und „fünf“ sagen, welche Aufgaben ein Prüfling wohl gelöst hat, wenn er diese Endnote aufweist. Das aber ist schon bei Prüfungen im Allgemeinen und insbesondere bei den so genannten „Pflegenoten“ nicht der Fall. Hier kann eine Einrichtung auf ganz unterschiedlichen Wegen z.B. zu einer „1,7“ gelangen.

Eine Rolle spielt dabei wahrscheinlich außerdem, dass insbesondere die Kriterien im Bereich „Pflegerische Leistungen“ für die Gutachterinnen und Gutachter am wenigsten eindeutig zu bewerten, damit auch fehleranfällig sind, während die Kriterien in den Bereichen „Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen“ und „Dienstleistung, Organisation“ von ihnen als eindeutiger zu bewerten eingeschätzt wurden.

Alles zusammen kann dazu führen, dass pflegerisch schlecht bewertete Einrichtungen insgesamt dennoch eine gute Note bekommen können.

[26] Gemeint sind die Kriterien, die durch den MDS in einer Zwischenversion der Ausfüllanleitungen ambulant als „neu“ bezeichnet wurden

[27] Für die Zukunft ist dabei zu erwarten, dass sich die ambulanten Dienste auf die Prüfkriterien einstellen und einen Schwerpunkt ihrer Arbeit darauf verwenden, die Anforderungen der Transparenzkriterien zu erfüllen. Damit würden dann künftig die Noten zwar besser, sie würden aber unter anderem aus diesem Grund keine Aussage über die tatsächliche Pflegequalität der Einrichtung ermöglichen.

Die Gutachterinnen und Gutachter in Rheinland-Pfalz haben von vielen Pflegediensten einen besseren Eindruck, als die Noten dies widerspiegeln.
Die Gutachterinnen und Gutachter haben im Workshop bestätigt, dass sie oftmals einen guten Eindruck vom Pflegezustand der Klientin/des Klienten haben und dennoch schlechte Bewertungen vergeben müssen. Nach ihrer Einschätzung hängt das damit zusammen, dass an das Erfüllen eines Kriteriums meist mehrere Bedingungen geknüpft sind und nur das Erfüllen aller Bedingungen dazu führe, dass das Kriterium insgesamt als „erfüllt" bewertet werden kann. Beispielsweise müssen individuelle Wünsche bei der Körperpflege bei der Umsetzung berücksichtigt und dokumentiert sein oder bestimmte Leistungen müssen vereinbarungsgemäß durchgeführt und dokumentiert sein. Die Gutachterinnen und Gutachter berichten, dass sie oftmals sehr gut gepflegte Klienten sähen und dass im Gespräch mit den Pflegenden und den Klienten oder deren Angehörigen deutlich werde, dass die Leistungen durchgeführt oder dass individuelle Wünsche in der Pflege berücksichtigt würden. Zugleich finde sich dies jedoch nicht entsprechend in der Pflegedokumentation wieder.

Konkret bedeutet dies, dass die Pflegewirklichkeit ganz offensichtlich in vielen Fällen eine andere ist als die Dokumentationswirklichkeit und dass mit den Transparenzkriterien noch nicht in erster Linie die Pflegequalität, sondern vorrangig die Dokumentationsqualität geprüft wird.

Die Analyse der Ausfüllanleitungen bestätigt die Beobachtung der Gutachterinnen und Gutachter. Im Qualitätsbereich I, „Pflegerische Leistungen", finden sich sieben Kriterien, bei denen sowohl die Durchführung als auch die nachvollziehbare Dokumentation zutreffen müssen und bei sechs weiteren Kriterien geht es ausschließlich um die Dokumentation. Bei lediglich vier Kriterien ist in der Ausfüllanleitung die Dokumentation nicht erwähnt.

Der Eindruck der Gutachterinnen und Gutachter, dass die Pflegequalität oft höher sei als die Noten dies wiedergeben, ist also möglicherweise darin begründet, dass die Dokumentationswirklichkeit nicht der Pflegewirklichkeit entspricht, die Dokumentationswirklichkeit aber die wesentliche Grundlage der Transparenzbewertungen ist.

Aus methodischer Sicht steht die Thematik wieder damit im Zusammenhang, dass es mit dem Verfahren nicht möglich ist, die tatsächliche Qualität der Einrichtungen abzubilden. In der Bewertung in Kapitel 5.2 wurde ausgeführt, dass auf der bestehenden Grundlage mit den Mittelwertberechnungen keine validen Noten vergeben werden können. Am Beispiel eines alternativen Systems trennscharfer Kriterienmuster soll dies nochmal erläutert werden.

Es gibt nach den Erkenntnissen der statistischen Auswertung vorhandener Daten trennscharfe Kriterienmuster, die aktuell in den gebildeten Mittelwerten verschwinden. Ein trennscharfes Kriterienmuster in der PTVA ist demnach beispielsweise, wenn eine Einrichtung die folgenden drei Kriterien aufweist:

- Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?
- Werden die individuellen Risiken hinsichtlich der Kontrakturen bei der Erbringung der vereinbarten Leistungen berücksichtigt?
- Werden die Angehörigen über den Umgang mit demenzkranken Pflegebedürftigen im Rahmen der Leistungserbringung informiert?

In diesem Fall handelt es sich mit hoher Wahrscheinlichkeit um einen Dienst, der auch in den anderen Kriterien positiv bewertet wird.

Ein Kriterienmuster aus den folgenden drei Kriterien hingegen, ist nach den statistischen Berechnungen vorliegender Daten in der PTVA nicht sehr aussagekräftig:

- Wurde die vereinbarte Leistung zur Flüssigkeitsversorgung nachvollziehbar durchgeführt?
- Wurde die vereinbarte Leistung zur Nahrungsaufnahme nachvollziehbar durchgeführt?
- Liegen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen die notwendigen Einwilligungen oder Genehmigungen vor?

Hier kann es sich durchaus um Dienste handeln, die in den anderen Kriterien sehr gut oder aber auch mangelhaft bewertet werden können, d.h. dieses zweite Kriterienmuster unterscheidet nicht so gut wie das erste.

Diese tatsächlich bestehenden Qualitätsunterschiede der Einrichtungen, die die Gutachterinnen und Gutachter mit ihrem Sachverstand auch wahrnehmen, zeigen sich also eher bei der Bewertung von Kriterienmustern. Sie werden durch die Mittelwertsberechnung „verwässert“.

Es gibt also sowohl inhaltliche als auch methodische Gründe, die dazu führen, dass die Noten tatsächlich nicht die Qualität der Einrichtung widerspiegeln.

4.4 Zusammenfassung und Ausblick

Der MDK Rheinland-Pfalz hat das Verfahren der PTVA unter den gegebenen Rahmenbedingungen so korrekt wie möglich formal umgesetzt. Allerdings bestand für die Gutachterinnen und Gutachter keine ausreichende Transparenz zum Verfahren und zur Umsetzung, eine intensive inhaltliche Auseinandersetzung erfolgte erst spät. Die Unsicherheiten der Gutachterinnen und Gutachter sind aber nicht ausschließlich in der geringen Transparenz und fehlenden Schulung zu suchen, sondern sind auch im Verfahren selbst begründet. Die Schwächen des Verfahrens, die die Gutachterinnen und Gutachter bei der Umsetzung ahnten, bestätigen sich bei der wissenschaftlichen Betrachtung des Instruments unter methodischen Gesichtspunkten. Die Pflegenoten können aufgrund der methodischen Mängel des Verfahrens nicht die tatsächliche Qualität der Einrichtung widerspiegeln. Der hohe Anteil an Pflegediensten, die im Bereich „Pflegerische Leistungen“ mit „mangelhaft“ bewertet wurden, und der zugleich niedrige Anteil an Diensten, die in der Gesamtnote mit „mangelhaft“ bewertet wurden, lässt sich damit sowohl inhaltlich als auch methodisch begründen. Dies gilt ebenfalls für den Eindruck der Gutachterinnen und Gutachter, dass die Qualität der Pflegedienste oftmals besser ist, als die Noten dies vermuten lassen.

Modul 2

5. Evaluationsziele und Methodik

Auf den Ergebnissen aus Modul 1 aufbauend soll in Modul 2 eine vergleichende Analyse von Qualitätsberichten und Prüfergebnissen gemäß PTVA vorgenommen werden. Dabei sind folgende Fragen zu beantworten:

- Welche Erkenntnisse lassen sich aus dem Vergleich der Prüfergebnisse und den kompletten Daten der Qualitätsberichte des MDK Rheinland-Pfalz bzgl. der Abbildung von Pflegequalität in Rheinland-Pfalz ziehen?
- Welche Hinweise ergeben sich aus der vergleichenden Analyse bezüglich fehlender oder bislang nicht genügend einbezogener Kriterien?
- Welche Hinweise ergeben sich hinsichtlich der besonderen Bewertung schwerwiegender Mängel in der Pflege? (K.o.-Kriterien, Mindestkriterien, Gewichtung von Kriterien)

Aus den Ergebnissen sollen Vorschläge zur Optimierung der Umsetzung der PTVA durch den MDK Rheinland-Pfalz abgeleitet werden.

Methodik

Zur Beantwortung der ersten beiden der oben genannten Fragen wurde bereits im Zwischenbericht des Moduls 2, im Juli 2010, eine Systematik entwickelt, die der Komplexität der Aufgabe Rechnung trägt. Dabei wurden für die Arbeit des MDK Rheinland-Pfalz relevante Analysekriterien erarbeitet und die Analyseschritte dargelegt. Entsprechend dieser Systematik erfolgte nun eine inhaltsanalytische Auswertung von rund zwanzig Qualitätsberichten in Verbindung mit zwanzig Prüfberichten gemäß PTVA aus 2009 und 2010.

Die Beantwortung der dritten Frage erübrigt sich in der vorliegenden Evaluation. Seit Juli 2010 liegt die wissenschaftliche Evaluation zur Beurteilung der Pflege-Transparenzvereinbarungen für den ambulanten (PTVA) und stationären (PTVS) Bereich[28] vor. Dort wurde auch die Thematik der K.o.-Kriterien, der Risikokriterien und einer möglichen Gewichtung von Kriterien bearbeitet und hinreichend beantwortet.

Die Tabelle auf der folgenden Seite zeigt eine Übersicht über das Vorgehen bei der Analyse. Die folgenden Kapitel sind entsprechend den Analyseschritten aufgebaut.

[28] Hasseler, M.; Wolf-Osterbrink, K. (2010): Wissenschaftliche Evaluation Pflege-Transparenzvereinbarungen

Analysekriterium/ Analyse-schritte	Zu untersuchende Aspekte/ Leitfragen der Analyse
Formale Aspekte	Lassen sich die Bewertungen der Transparenzkriterien in den Qualitätsberichten optisch einfach und schnell auffinden und so die Übereinstimmungen nachvollziehen?
Inhaltliche Aspekte	Lassen sich sowohl gute als auch schlechte Benotungen inhaltlich in den Qualitätsberichten nachvollziehen?
Interne Konsistenz	Sind die Schlüsse und die vergebenen Kriteriumsnoten jeweils nachvollziehbar? Sind daraus folgende durch die Gutachter verhängte Maßnahmen angemessen?
Interne Kongruenz	Wie hoch ist der Grad der Übereinstimmung der Gesamtaussagen zur Qualität der Dienste zwischen den Transparenzkriterien und den Qualitätsberichten?[29]

6. Formale Aspekte

In die Analyse einbezogen wurden neun Qualitäts- und Transparenzberichte aus November und Dezember 2009 sowie elf Qualitäts- und Transparenzberichte aus Januar bis April 2010. Die Qualitätsberichte aus Oktober 2009 wurden nicht berücksichtigt, da diese im Bereich der pflegerischen Versorgung einer anderen Systematik folgen. Diese Systematik wurde seitens des MDK Rheinland-Pfalz mittlerweile verlassen und die Analyse aktueller Berichte erscheint zielführender. Während aus November und Dezember 2009 mit einer Ausnahme alle Qualitäts- und Transparenzberichte in die Analyse einbezogen wurden, wurde die Auswahl der Berichtspaare aus Januar bis April 2010 nach folgenden Kriterien getroffen:

- anteilmäßig nach Anzahl der Prüfungen pro Monat
- nach Endnoten vor dem Komma (dreimal die Note 2 und je zweimal die Noten 1, 3, 4, 5)
- nach möglichst unterschiedlicher Zusammensetzung der Endnoten

Die im Abschlussbericht aufgeführten Prüfnummern der analysierten Berichtspaare wurden für die Veröffentlichung entfernt. Ebenfalls entfernt wurden die in den folgenden Abschnitten als Beispiele angeführten Prüfnummern.

6.1 Beschreibung des Materials

Allgemeine Angaben

Die Inbetriebnahmezeiten der Pflegedienste, deren Prüfergebnisse in die Analyse einbezogen wurden, betrugen zwischen 1 und 24 Jahren, fünfzehn Berichte stammen aus Erstprü-

[29] Bestätigt sich in der Analyse der Qualitätsberichte der Eindruck der Gutachterinnen und Gutachter, dass die Qualität der Dienste oft besser sei, als die Noten dies vermuten lassen?

fungen und fünf Berichte stammen aus Evaluationsprüfungen. Fünf Dienste versorgen weniger als 20 Patienten, drei Dienste zwischen 20 und 50 Patienten, drei Dienste zwischen 50 und 70 Patienten, sechs Dienste zwischen 100 und 200 Patienten, ein Dienst über 200 und ein Dienst über 300 Patienten. Die Zahl der von den Pflegediensten versorgten Sachleistungsempfänger liegt zwischen 4 und 132. Die Anzahl der Versicherten, die in die Prüfungen einbezogen wurden, lag zwischen zwei und vierzehn Versicherten, am häufigsten, insgesamt neun Mal, wurden fünf Versicherte einbezogen.

Beteiligte Gutachterinnen und Gutachter und Noten

An den Prüfungen waren zwischen zwei und sieben, in den meisten Fällen drei und vier Gutachterinnen und Gutachter beteiligt. Die Anzahl der Gutachterinnen und Gutachter scheint im Zusammenhang mit der Anzahl der insgesamt durch den Pflegedienst versorgten Versicherten zu stehen. Die Prüfungen dauerten zwischen fünf und dreizehn Stunden, wobei die meisten Prüfungen eine Dauer von sieben bis neun Stunden hatten.

Die Verteilung der Gesamtnoten in der Stichprobe ist wie folgt:

Gesamtnote vor dem Komma	Anzahl	Gesamtnote mit Dezimalstelle
1	2	1,3; 1,9
2	6	2,0; 2,2; 2,3; 2,4; 2,5; 2,7
3	4	3,1; 3,4; 2x3,5; 3,9;
4	4	4,3; 2x4,6; 4,7
5	3	3x5,0

Insgesamt besteht eine hohe Varianz bezüglich der allgemeinen Rahmendaten der Pflegedienste und der in die Stichprobe einbezogenen Qualitätsprüfungen.

6.2 Struktur der Qualitäts- und Transparenzberichte

Um die Frage nach der optischen Nachvollziehbarkeit der Transparenzbewertungen in den Qualitätsberichten zu beantworten, soll zunächst die formale Struktur der Qualitätsberichte dargestellt werden.

Die Systematik der Qualitätsberichte orientiert sich an der Systematik des Erhebungsbogens zur Prüfung der Qualität in der ambulanten Pflege. Die Systematik der Transparenzberichte folgt mit den drei Qualitätsbereichen „Pflegerische Leistungen“ (QB I), „Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen“ (QB II) und „Dienstleistung, Organisation“ (QB III) einer umgekehrten Reihenfolge. Im Vergleich stellt sich der Aufbau der Qualitäts- und Transparenzberichte wie folgt dar:

Abschnitt im Qualitätsbericht	Weitere Einteilung des Abschnitts	Qualitätsbereich im Transparenzbericht
Angaben zur Prüfung und zum Pflegedienst	Im jeweiligen links aufgeführten Abschnitt finden sich weitere Einzelaspekte sowie am Ende jedes Abschnitts „Beurteilung und Maßnahmen“.	Qualitätsbereich III „Dienstleistung und Organisation
Allgemeine Angaben		
Aufbauorganisation Personal		
Ablauforganisation		
Konzeptionelle Grundlagen		
Qualitätsmanagement		
Hygiene		
Behandlungspflege	In diesem Abschnitt finden sich Einzelaspekte entsprechend den überprüften Behandlungspflegen sowie am Ende „Beurteilung und Maßnahmen“.	Qualitätsbereich II „Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen“
Pflegedokumentationssystem	Gesamteinschätzung ohne Einzelaspekte sowie „Beurteilung und Maßnahmen“	
Pflegerische Versorgung und Zufriedenheit der Versicherten		
Zufriedenheit	Antworten der Versicherten auf erfragte Einzelkriterien	Qualitätsbereich IV „Befragung der Kunden“
Pflegerische Versorgung	Pflegestufe und pflegebegründende Diagnosen Vereinbarte Leistungskomplexe Behandlungspflegerische ärztlich verordnete Maßnahmen Pflegerischer Zustand Versichertenbezogene Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität	Qualitätsbereich I „Pflegerische Leistungen“
Beurteilung und Maßnahmen	Mobilität Ernährung und Flüssigkeitsversorgung Ausscheidung Umgang mit Demenz Körperpflege/Sonstiges	
Fazit		

6.3 Optische Nachvollziehbarkeit

Die unterschiedliche Grobeinteilung von Qualitäts- und Transparenzbericht lässt bereits vermuten, dass die Transparenzbewertungen nicht auf Anhieb in den Qualitätsberichten zu finden sind. Hinzu kommt, dass die Reihenfolge der Transparenzkriterien der Bereiche QB I und QB III nicht der Reihenfolge im Erhebungsbogen und in den Qualitätsberichten entspricht, was ihr Auffinden zusätzlich erschwert.

Bei intensiver Betrachtung sind die Bewertungen der Transparenzkriterien zumindest in Qualitätsbereich II und teilweise in Qualitätsbereich III optisch in den Qualitätsberichten dennoch nachvollziehbar. In Qualitätsbereich II finden sich die Transparenzkriterien als Zwischenüberschriften im Qualitätsbericht wieder, in Qualitätsbereich III ist dies teilweise der Fall. Die Transparenzkriterien 29 (Kostenvoranschlag), 30 (Regelungen zum Datenschutz), 31 (Verhalten in Notfällen), 35 und 36 (Verantwortungsbereich Leitende Pflegefachkraft und Hauswirtschaft) finden sich als Teilmengen unter anderen Überschriften im Qualitätsbericht wieder und sind nicht auf Anhieb auffindbar.

K 29 Kostenvoranschlag
Das Kriterium findet sich in den Berichten aus 2010 unter „Allgemeine Angaben, Pflegeverträge“. In November und Dezember 2009 finden sich Aussagen zu Kostenvoranschlägen im Abschnitt „Allgemeine Angaben“ unter „Beurteilung und Maßnahmen“.

K 30 Regelungen zum Datenschutz
Das Kriterium findet sich unter „Allgemeine Angaben, Räumliche Ausstattung“ wieder.

K 31 Verhalten in Notfällen
Das Kriterium findet sich in 2009 im Abschnitt „Qualitätsmanagement, Erste Hilfe“. In 2010 finden sich dazu nicht immer Angaben in den Berichten oder sie befinden sich im Abschnitt „Qualitätsmanagement, Beurteilung, Maßnahmen“.

K 35 Verantwortungsbereich, Aufgaben Leitende Pflegefachkraft

K 36 Verantwortungsbereich, Aufgaben Hauswirtschaft
Die Kriterien finden sich im Abschnitt „Aufbauorganisation Personal, Organisation“. Inhaltlich wird in den Qualitätsberichten das Vorhandensein von Stellenbeschreibungen genannt.

Im Qualitätsbereich I ist eine optische Nachvollziehbarkeit der Transparenzbewertungen nicht gegeben. Der Abschnitt „Pflegerische Versorgung“ folgt in den Qualitätsberichten einer völlig anderen Struktur, die entsprechenden Erläuterungen, die auf das Erfüllen oder Nichterfüllen eines Transparenzkriteriums hinweisen, finden sich innerhalb des Fließtextes unter „Versichertenbezogene Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität“ und, thematisch etwas geordneter, im Abschnitt „Beurteilung und Maßnahmen“. Dabei verbergen sich

- im Abschnitt „Mobilität“ die Transparenzkriterien 11 bis 14
- im Abschnitt „Ernährung und Flüssigkeitsversorgung“ die Transparenzkriterien 2 bis 8
- im Abschnitt „Ausscheidung“ die Transparenzkriterien 9 und 10
- im Abschnitt „Umgang mit Demenz“ die Transparenzkriterien 15 und 16
- im Abschnitt „Körperpflege/Sonstiges“ das Transparenzkriterium 1

Die Beurteilungen der Transparenzkriterien werden in den Qualitätsberichten zudem vielfach mit den Beurteilungen anderer Prüfkriterien zusammengefasst. Insgesamt sind die Transparenzbewertungen des QB I nur auf inhaltlicher Ebene äußerst mühsam in den Qualitätsberichten auffindbar.

6.4 Zusammenfassung

Qualitätsberichte und Transparenzberichte folgen einer unterschiedlichen Systematik. Dies betrifft sowohl die Grobsystematik als auch die Reihenfolge der Einzelkriterien. Besonders ausgeprägt ist die Unterschiedlichkeit im Bereich der pflegerischen Versorgung (QB I). Die Beurteilungen der Transparenzkriterien sind nur mühsam im Fließtext der Qualitätsberichte auffindbar. Übereinstimmungen oder Abweichungen lassen sich nur äußerst zeitaufwändig nachvollziehen.

7. Inhaltliche Aspekte

In diesem Kapitel wird dargestellt inwieweit sich sowohl gute als auch schlechte Transparenzbewertungen in den Qualitätsberichten inhaltlich nachvollziehen lassen. Zu dieser Fragestellung ergeben sich zwei Einzelfragen:

- Auf der Ebene der Kriterien: Lassen sich die Bewertungen der Transparenzkriterien inhaltlich in den Qualitätsberichten nachvollziehen?
- Auf der Ebene der Qualitätsbereiche: Lassen sich die Bereichsnoten in der Gesamtbetrachtung der entsprechenden Abschnitte der Qualitätsberichte nachvollziehen?

7.1 Ebene der Kriterien

Die Nachvollziehbarkeit der Bewertungen der Transparenzkriterien wird zuerst in den Abschnitten „Beurteilung und Maßnahmen“ gesucht. Wenn sie sich dort nicht oder nicht vollständig ergibt, werden die entsprechenden vorherigen Abschnitte untersucht. Bezüglich QB I liegt die in Kapitel 6.3 dargestellte Zuordnung der Transparenzkriterien zu den Abschnitten in den Qualitätsberichten zu Grunde.

Qualitätsbereich I

Kriterium 1 in Abschnitt „Körperpflege/Sonstiges“

Durch den Gebrauch von Textbausteinen, die sich in ihrer Formulierung an der Ausfüllanleitung der Transparenzkriterien orientieren, findet sich die Bewertung des Kriteriums in den meisten Fällen im Qualitätsbericht wieder. Aus den Qualitätsberichten geht allerdings lediglich die Überprüfung des Kriteriums an Hand der Pflegedokumentation hervor, z. B. „Angaben zu persönlichen Wünschen und Pflegegewohnheiten bilden sich nicht ab …“, dabei wird folgender Rückschluss gezogen: „… und bleiben somit bei der Planung und Durchführung der Körperpflege unberücksichtigt“. Inwieweit sich die Gutachterinnen und Gutachter von der tatsächlichen Berücksichtigung individueller Wünsche und Vorlieben überzeugt haben, geht aus den Berichten nicht hervor. Insofern ist zwar die Kriteriumsbewertung, die an die Dokumentation geknüpft ist, überwiegend nachvollziehbar, es entsteht jedoch kein umfassendes Bild der tatsächlichen Leistung des ambulanten Pflegedienstes bezüglich des Transparenzkriteriums 1.

Die Transparenzbewertungen sind jedoch auch nicht in allen Fällen in den Qualitätsberichten nachvollziehbar, wie die Beispiele in der folgenden Tabelle zeigen.

Prüfnummer	Versicherte/r	Bewertung	Kommentar
…	Vers. 3	0 Punkte	Nicht nachvollziehbar, da Bewertung nicht im Bericht gerechtfertigt
…	Vers. 4	10 Punkte	Nicht plausibel, da begründet mit „Körperpflege ausreichend in PPL dargestellt“, zugleich ist jedoch beschrieben, dass sich innerhalb von 3 Monaten keine Eintragungen im Pflegebericht finden.
…	Vers. 6	0 Punkte	Nicht plausibel, Zitat im Bericht: „Ressourcen und Defizite sehr differenziert beschrieben, aber individuelle Bedürfnisse bilden sich nicht ab.“
…	Vers. 5	10 Punkte	Es erfolgt keine positive Begründung, statt dessen wird im Qualitätsbericht lediglich das Nichtberücksichtigen der Intertrigogefahr beschrieben.
…	Vers. 1	10 Punkte	Widersprüchlich, da „vereinzelt individuelle Bedürfnisse nicht klar benannt“ wurden.
…	Vers. 5	10 Punkte	Nicht nachvollziehbar, Zitat im Bericht: „biografische Angaben finden sich nicht, aber gut nachvollziehbare Handlungsanweisung“.
…	Vers. 1	0 Punkte	Nicht nachvollziehbar, Zitat im Bericht: „individuelle Bedürfnisse bei der Körperpflege werden dokumentiert und beachtet, aber die Mundpflege wird in der Dokumentation nicht aufgeführt.“

Kriterien 2-8 im Abschnitt „Ernährung und Flüssigkeitsversorgung“

Die Kriterien werden insgesamt nur vereinzelt beurteilt, da sie zum überwiegenden Teil an Leistungskomplexe gebunden sind. Lediglich die Kriterien 5 und 8 werden auch ohne Vereinbarung der entsprechenden Leistungskomplexe beurteilt. Hier finden sich ebenfalls vereinzelt Unstimmigkeiten im Abgleich der Qualitätsberichte mit den bewerteten Transparenzkriterien und den vereinbarten Leistungskomplexen.

Prüfnummer	Versicherte/r	Bewertung	Kommentar
...	Vers. 1		Leistungen zur Ernährung sind vereinbart, dennoch wurde K 7 nicht bewertet.
...	Vers. 4	10 Punkte in K 4	Kriterium 4 wurde mit 10 Punkten bewertet, obwohl kein Leistungskomplex zur Flüssigkeitszufuhr vereinbart ist.
...	Vers. 2		Leistungskomplex „Zubereitung einer sonstigen Malzeit“ vereinbart und im Bericht beschrieben, aber die Transparenzkriterien 2, 6 und 7 wurden nicht bewertet.
...	Vers. 3		Leistungskomplex „2x tgl. Zubereitung einer warmen Malzeit“ vereinbart, aber die Transparenzkriterien 2, 6 und 7 wurden nicht bewertet.

Kriterien 9 und 10 im Abschnitt „Ausscheidung“

In vier von fünf Berichten aus November 2009 werden die Beurteilungen der Kriterien 9 und 10 nicht deutlich oder die Ausführungen in den Berichten weichen von den Transparenzbewertungen ab. Sowohl im November als auch im Dezember 2009 wurde Kriterium 9 in einigen Fällen bewertet, obwohl der Leistungskomplex nicht vereinbart war. In 2010 ist ebenfalls in zwei Fällen nicht ganz klar, ob bei Bewertung beider Kriterien der Leistungskomplex vereinbart worden ist.

Prüfnummer	Versicher-te/r	Bewertung	Kommentar
...	Vers. 3	0 Punkte in K 10	Widerspruch, da laut Bericht die „vereinbarte Leistung zur Unterstützung bei der Ausscheidung nachvollziehbar durchgeführt“ wurde.
...	Vers. 1	0 Punkte in K 9	Im Bericht finden sich keine Aussagen dazu, dass individuelle Ressourcen und Risiken nicht berücksichtigt wurden.
...	Vers. 2	0 Punkte in K 10	Widersprüchliche Bewertung. „Die Durchführung der vereinbarten Leistung bei Ausscheidung und Inkontinenzversorgung ist im Leistungsnachweis dokumentiert.“
...	Vers. 1 und 3	0 Punkte in K 10	Widersprüchliche Bewertung. „Hilfen bei Ausscheidungen werden regelmäßig abgezeichnet.“
... ...	Vers. 11 und 12 Vers. 2 Vers. 1, 3 und 4	10 Punkte in K 9 10 Punkte in K 9 0 oder 10 Punkte in K 9	Das Kriterium wurde in allen Fällen bewertet, obwohl der Leistungskomplex nicht vereinbart war.
...	Vers. 2	0 Punkte in K 9 und K 10	Die Kriterien wurden bewertet, obwohl der Leistungskomplex nicht vereinbart war.
...	Vers. 1	0 Punkte in K 9, 10 Punkte in K 10	Die Kriterien wurden bewertet, obwohl der Leistungskomplex aktuell nicht mehr durch den Pflegedienst erbracht wird.

Insbesondere bezüglich der Bewertung des Kriteriums 10 (Durchführung der vereinbarten Leistung zur Ausscheidung) scheint es unter den Gutachterinnen und Gutachtern unterschiedliche Einschätzungen zu geben. Den Qualitätsberichten zufolge scheint in den meisten Fällen die Nachvollziehbarkeit der Leistung im Durchführungsnachweis für ein Erfüllen des Kriteriums zu reichen. In einigen Fällen scheinen aber auch in genauer Auslegung der MDK-Prüfanleitung (nicht der Ausfüllanleitung des Transparenzkriteriums) weitere Aspekte an das Erfüllen des Kriteriums geknüpft zu sein (z. B. nicht ausreichend beschriebene Zystitisprophylaxe, Gebrauch von zwei Inkontinenzprodukten, fehlende Beratung). Eine einheitliche Bewertungsgrundlage wird in den Qualitätsberichten nicht transparent und ist offensichtlich bezüglich dieses Kriteriums auch nicht vorhanden.

Kriterien 11 bis 14 im Abschnitt „Mobilität“

Durch die Verwendung von modifizierbaren Textbausteinen gehen aus den Qualitätsberichten in den überwiegenden Fällen sowohl gute als auch schlechte Bewertungen der Kriterien 11 bis 14 hervor. In einzelnen Fällen finden sich keine nachvollziehbaren Begründungen für die Kriterienbewertung in den Berichten, in zwei Transparenzberichten der Stichprobe wurde das Kriterium 12 (gewebeschonende Lagerung) bewertet obwohl der Leistungskomplex nicht vereinbart war. Auf eine ausführliche tabellarische Darstellung kann an dieser Stelle verzichtet werden.

Kriterien 15 und 16 im Abschnitt „Umgang mit Demenz“[30]

In zehn der zwanzig Transparenzberichte der Stichprobe finden sich Beurteilungen der Kriterien 15 und 16. Auffällig ist, dass bis auf zwei Ausnahmen beide Kriterien durchweg mit 0 Punkten bewertet wurden. Die Textbausteine geben das Nichterfüllen der Kriterien wieder, lediglich in einem Fall wurde Kriterium 16 mit 10 Punkten bewertet, obwohl laut Qualitätsbericht keine Beratung der Angehörigen stattfand.

Inhaltlich ist festzuhalten, dass die Beurteilungen in den Berichten jedoch möglicherweise in einigen Fällen nicht der Realität der Pflegesituation entsprechen. Es wird z. B. bemängelt, dass bei einer dementen, vollständig immobilen Versicherten, bei der ein Gespräch ausschließlich auf Ebene der Validation möglich sei, in der Dokumentation nicht ersichtlich wird, wie eine kleinschrittige Anleitung zur Körperpflege erfolgen könne. Diese Problematik wird ausführlich in Kapitel 8 „Interne Konsistenz“ erläutert.

Qualitätsbereich II

In den Qualitätsbereichen II finden sich die Bewertungen der Transparenzkriterien in den Qualitätsberichten inhaltlich wieder. Es wurden keine Abweichungen festgestellt.

Qualitätsbereich III

In Qualitätsbereich III finden sich lediglich Auffälligkeiten bezüglich des Kriteriums 30.

In der Ausfüllanleitung des Kriteriums ist die schriftliche Schweigepflichtserklärung aufgeführt. Dieser Aspekt wird in keinem der Qualitätsberichte erwähnt. Außerdem fällt auf, dass sowohl die Ausfüllanleitung als auch die Gutachterinnen und Gutachter bei der Beurteilung des Kriteriums nicht berücksichtigen, dass oftmals die Wohnungsschlüssel gemeinsam mit der entsprechenden Codierliste aufbewahrt werden oder die Schlüssel sogar für Unbefugte zugänglich sind. Dies wird regelmäßig mit Maßnahmen belegt und es sollte die Überlegung angestellt werden, ob der Aspekt bei der Beurteilung des Kriteriums zu berücksichtigen ist.

Bezüglich der übrigen Transparenzkriterien finden sich in den Qualitätsberichten keine Auffälligkeiten. Die Bewertungen sind inhaltlich in den Berichten nachvollziehbar.

[30] Grundsätzlich stellt sich bezüglich des Kriteriums 16 die Frage, wie realistisch es ist, vom Pflegedienst „nebenbei“ eine Beratung zu Kommunikation und zum Umgang mit Demenz zu erwarten

7.2 Ebene der Qualitätsbereiche

Bei der Frage, ob und inwieweit sich die Bereichsnoten in der Gesamtbetrachtung der entsprechenden Abschnitte der Qualitätsberichte nachvollziehen lassen, geht es darum, mögliche Informationsverluste aufzudecken. Es soll eine Aussage dazu gemacht werden, ob es vorkommt, dass bei guten Bereichsnoten wichtige, nicht in die Transparenzbewertung einbezogene Kriterien nicht erfüllt sind und damit eine gute Note nicht nachvollziehbar erscheint. Auf der anderen Seite soll eine Aussage dazu gemacht werden, ob bei schlechten Bereichsnoten wichtige, nicht in die Transparenzbewertung einbezogene Kriterien erfüllt sind und damit eine schlechte Note nicht nachvollziehbar erscheint. Damit soll auch noch einmal die Aussage der Gutachterinnen und Gutachter betrachtet werden, dass die Pflegedienste oft einen besseren Eindruck machen, als die Noten dies widerspiegeln.

Qualitätsbereich I

In sieben analysierten Berichtspaaren[31] mit guten Noten (zwischen 1 und 2,6) im Qualitätsbereich I finden sich fast durchgängig Defizite bezüglich der Beratung der Pflegebedürftigen und Angehörigen zu Risiko- und Problembereichen.[32] Ebenfalls werden in fast allen Qualitätsberichten der Stichprobe Defizite bezüglich der Intertrigoprophylaxe beschrieben, die nicht explizit Kriterium im MDK-Erhebungsbogen ist. Teilweise werden Defizite bezüglich der Sturzprophylaxe berichtet, denen jedoch zum Teil bei anderen Versicherten desselben Pflegedienstes eine nachweisbare Sturzprophylaxe gegenübersteht. Inwiefern jedoch auf Grund einer nicht durchgeführten Beratung[33] oder einer nicht geplanten Sturzprophylaxe eine gute Note in QB I nicht mehr nachvollziehbar ist, ist vom Einzelfall abhängig und pauschal nicht zu beantworten. Diese Zusammenhänge werden in Kapitel 4 „Interne Konsistenz“ weitergehend bearbeitet.

In 15 analysierten Berichtspaaren mit schlechten Noten in Qualitätsbereich I (13x die Note „mangelhaft“ und 2x die Note „ausreichend“) finden sich in der Regel keine positiven Aussagen in den zugehörigen Qualitätsberichten. Bei einigen Versicherten werden lediglich einzelne Aspekte als erfüllt oder sachgerecht durchgeführt beschrieben, die aber in Relation zu den beschriebenen Defiziten wenig Relevanz haben.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass bei den Pflegediensten mit guten Bereichsnoten in QB I Informationsverluste möglicherweise dazu führen, dass die Note nicht dem tatsächlichen Ergebnis der Qualitätsprüfung entspricht und „zu gut“ ist. Die kann jedoch nicht allgemeingültig aus der Analyse abgeleitet werden und erfordert die zusätzliche Prüfung der internen Konsistenz der Qualitätsberichte (Kapitel 4).

---

[31] Da sich in der Stichprobe lediglich zwei Berichtspaare mit „guten“ Noten (1x 1,3 und 1x 2,6) im Qualitätsbereich I befanden (bei überwiegend mangelhaften Bewertungen) wurden für diesen Analyseschritt fünf weitere Berichte aus 2010 ausgewählt mit Noten zwischen 1 und 2,6 in Qualitätsbereich I.

[32] Diese nehmen jedoch in 2010 ab und den Defiziten stehen vermehrt auch nachweisbare Beratungen innerhalb desselben Pflegedienstes gegenüber.

[33] MDS SEG 2, Evaluation der Transparenzvereinbarungen, 2010: In der qualitativen Analyse der Qualitätsberichte der ambulanten Pflege werden deutliche Diskrepanzen zwischen Prüfbericht und Transparenzbericht gesehen und gute Bereichsnoten schienen nicht nachvollziehbar, weil die ambulanten Pflegedienste den Beratungsaufgaben nicht nachgekommen waren.

Qualitätsbereich II

Für Qualitätsbereich II wurden die Bereichsnoten in den Transparenzberichten der Stichprobe auf Grundlage einer geringen Anzahl von zu bewertenden Transparenzkriterien vergeben. In einem Fall war sogar bei einem Pflegedienst, der insgesamt bei elf Versicherten SGB V-Leistungen erbringt, nur ein Versicherter in die Prüfung einbezogen, bei dem dann auch nur ein Transparenzkriterium des QB II überprüft wurde. Auf dieser Grundlage ist die Bereichsnote entstanden.

Als Bereichsnoten wurden innerhalb der Stichprobe zweimal die Note „mangelhaft", einmal die Note „ausreichend" und zweimal „befriedigend" (2,6 und 2,9) vergeben. In den übrigen fünfzehn Prüfungen wurde der Qualitätsbereich II mit „sehr gut" oder „gut" bewertet. Es finden sich bei den „sehr guten" Bereichsnoten keine nicht erfüllten Einzelkriterien, die keine Transparenzkriterien sind. Bei den „guten" Bereichsnoten findet sich einmal das Defizit „kein sachgerechter Umgang mit der Wundversorgung" (auf Grund fehlender Dokumentation) und zweimal das Defizit „ kein pflegerisches Schmerzmanagement".

In den mit „mangelhaft" und „ausreichend" in QB II bewerteten Prüfungen finden sich andersherum keine als erfüllt bewerteten Einzelkriterien, die nicht Transparenzkriterien sind.

Bezüglich Qualitätsbereich II spiegelt sich das Ergebnis der Gesamtprüfung damit in den Transparenznoten wider. Es bestehen im Bereich der ärztlich verordneten pflegerischen Leistungen in der analysierten Stichprobe keine relevanten Informationsverluste zwischen Qualitäts- und Transparenzbericht.

Qualitätsbereich III

Im Bereich „Dienstleistung und Organisation" ist die inhaltliche Nachvollziehbarkeit der Bereichsnote nicht immer gegeben. So erreichen 11 Pflegedienste Noten zwischen 1,0 und 2,4 in QB III, obwohl Defizite in organisatorischen Handlungsfeldern aufgedeckt wurden, die in direkter Verbindung mit der Versorgung der Versicherten stehen. Dies betrifft das Handlungsfeld „Qualitätssicherung", in dem Defizite bezüglich der Umsetzung der Expertenstandards, der fachlichen Überprüfung der Pflege sowie des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses festgestellt wurden. Es betrifft außerdem das Handlungsfeld „Anwendung der Hygienevorschriften". Hier kommt es wiederholt vor, dass auch bei gut bewerteten Pflegediensten die RKI-Richtlinien den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nicht nachweislich bekannt waren oder dass kein Hygienemanagement betrieben wurde. Ein weiteres Handlungsfeld, in dem auch bei Pflegediensten mit guten Bereichsnoten in QB III Mängel vorlagen, war das des Mitarbeitereinsatzes entsprechend der formalen Qualifikation. Hier kam es vielfach vor, dass z. B. Krankenpflege- oder Altenpflegehelferinnen Injektionen vornahmen, ohne dass ein entsprechender Qualifikationsnachweis vorlag.

Zusammenfassend kann für Qualitätsbereich III festgestellt werden, dass wesentliche Kriterien nicht in die Transparenzbewertung einbezogen sind, so dass es teilweise zu relevanten Informationsverlusten zwischen Qualitäts- und Transparenzbericht kommt und hier mögli-

cherweise die Bereichsnoten teilweise „zu gut“ waren. Dies deutete sich bereits im Abschlussbericht des MDS SEG 2 an.[34]

Die oben genannte Aussage der Gutachterinnen und Gutachter, dass die Pflegedienste oft einen besseren Eindruck machen, als die Noten dies widerspiegeln, lässt sich auch an Hand der Qualitätsberichte nicht bestätigen.

7.3 Zusammenfassung

Insgesamt lassen sich die Bewertungen der Transparenzkriterien auf Grund der Verwendung von Textbausteinen inhaltlich weitgehend in den Qualitätsberichten wieder finden. Abweichungen finden sich teilweise im Bereich der pflegerischen Versorgung, QB I. Dort sind die Bewertungen der Transparenzkriterien in einigen Fällen in den Qualitätsberichten nicht nachvollziehbar, widersprüchlich oder werden nicht dargestellt. Vereinzelt werden auch Kriterien bewertet, obwohl der entsprechende Leistungskomplex nicht vereinbart war. Dies betrifft die Bereiche „Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme“, „Ausscheidung“ und „Mobilität“.

Bezüglich der Bereichsnoten kommt es in den Qualitätsbereichen I und III zu Informationsverlusten zwischen Qualitäts- und Transparenzbericht, da wesentliche relevante Kriterien nicht in die Transparenzkriterien einbezogen wurden. Bezüglich Qualitätsbereich I kann jedoch nur fallbezogen eine Aussage dazu gemacht werden, ob möglicherweise eine gute Bereichsnote dadurch nicht mehr nachvollziehbar erscheint. Bezüglich Qualitätsbereich III ist in einigen Fällen der Stichprobe eine gute Bereichsnote nicht nachvollziehbar, da wichtige Kriterien aus den Handlungsfeldern Qualitätsmanagement und Hygiene nicht erfüllt sind.

[34] MDS SEG 2 (2010): Evaluation der Transparenzvereinbarungen, Abschlussbericht, S. 44

8. Interne Konsistenz

Bezüglich der internen Konsistenz der Qualitätsberichte ist zu überprüfen,

- ob der Aufbau der Qualitätsberichte nachvollziehbar und geschlossen ist
- ob die Kritiken, Korrekturhinweise und Schlüsse, die durch die Gutachterinnen und Gutachter in den Qualitätsberichten gezogen wurden, nachvollziehbar und stimmig sind. Hier soll insbesondere die Beschreibung und Beurteilung der pflegerischen Maßnahmen bei einzelnen Versicherten in den Blick genommen werden.
- ob die durch die Gutachterinnen und Gutachter ausgesprochenen Konsequenzen den Kriteriumsbewertungen und den Bereichsnoten jeweils angemessen erscheinen

8.1 Konsistenz der Berichtstruktur

Die Systematik der Berichte sieht zunächst eine Beschreibung dessen vor, was die Gutachterinnen und Gutachter vorgefunden haben. Im Anschluss erfolgen jeweils eine Beurteilung und die Zuordnung von Maßnahmen. Die Qualitätsberichte schließen mit einem Fazit.

In der Beschreibung der vorgefundenen Situation, sowohl bezogen auf die Organisation der Einrichtung als auch auf die pflegerischen Leistungen, findet sich eine Aneinanderreihung von Einzelaspekten. Dabei beschränkt sich die Beschreibung des pflegerischen Zustandes entsprechend den Vorgaben im Erhebungsbogen auf vorhandene und eingeschränkte Körperfunktionen sowie Hautzustand und Risikopotentiale.

In der jeweils anschließenden Beurteilung findet überwiegend keine Beurteilung im Sinne einer Bewertung statt. Wertende Begrifflichkeiten tauchen nur vereinzelt auf und sind auf wenige beschränkt (z. B. „geeignet“, „sachgerecht“, „adäquat“, „ausreichend“, „nicht ausreichend“, „lückenhaft“). In den meisten Fällen handelt es sich bei der „Beurteilung“ um eine Zusammenfassung oder um eine Wiederholung von einzelnen Aussagen aus der Beschreibung. Teilweise werden auch ganze Textpassagen aus der Beschreibung in leicht veränderten Sätzen in die Beurteilung übernommen.

Im Bereich der pflegerischen Versorgung wird die Beschreibung der versichertenbezogenen Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität in der Beurteilung unter einer anderen, jetzt themenbezogenen Systematik[35] zusammengefasst. Insgesamt bestehen auch hier die Beurteilungen lediglich aus einer Aneinanderreihung von Einzelaspekten, denen vereinzelt wertende Begrifflichkeiten hinzugefügt werden.

Die Aneinanderreihung von Einzelaspekten stellt sich zudem als Aneinanderreihung von modifizierbaren Textbausteinen dar, was flüssiges Lesen und die Herstellung eines Gesamtüberblicks über die Einrichtung und über die häuslichen Pflegesituationen erschwert. Zudem kommt es immer wieder zu Wiederholungen einzelner Aspekte im Text.

Für die Zuordnung von Konsequenzen werden offensichtlich ebenfalls Textbausteine verwendet, die sich auf hohem Abstraktionsniveau befinden. Beispiel: „Beim Vorliegen prädis-

[35] Mobilität, Ernährung und Flüssigkeitsversorgung, Ausscheidung, Umgang mit Demenz, Körperpflege/Sonstiges

ponierender Faktoren zur Entstehung von Sekundärerkrankungen sind prophylaktische Maßnahmen in allen Gefährdungsbereichen handlungsanleitend zu planen, durchzuführen und zu dokumentieren.“ Insgesamt handelt es sich bei den Maßnahmen überwiegend um Aufforderungen, Regeln einzuhalten.

Per definitionem ist das Fazit eine wertende Zusammenfassung eines Textes, in der meistens ein Ergebnis präsentiert wird und daraus Schlussfolgerungen gezogen werden. Dabei sollte ein guter Schlusssatz die Lage noch einmal zur Geltung bringen.[36]

Das Fazit am Ende der Qualitätsberichte ist jedoch eine weitere Zusammenfassung der festgestellten Defizite, in nur wenigen Berichten der Stichprobe werden auch positive Aspekte genannt. Es erfolgt erneut eine Aneinanderreihung von ausgewählten Einzelaspekten des Berichts, die als Mängel und Defizite bewertet oder als Bereich mit Verbesserungs- und Weiterentwicklungsbedarf dargestellt werden. Das Fazit endet immer mit dem Satz „Die Kriterien der gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung ….in ambulanten Pflegeeinrichtungen werden in einigen/vielen/wesentlichen Kernbereichen (noch) nicht (umfänglich) erfüllt.“

Insgesamt folgt der Aufbau der Qualitätsberichte formal einer logischen Systematik, die Inhalte entsprechen dieser Systematik zum Teil jedoch nicht. Es handelt sich bei den Beurteilungen eher um Zusammenfassungen, bzw. Wiederholungen vorheriger Beschreibungen, die im Fazit noch einmal auf ein höheres Abstraktionsniveau gebracht werden.

8.2 Konsistenz der Inhalte

In einem weiteren Analyseschritt wurde die interne Konsistenz bezüglich der Darstellung der pflegerischen Versorgung einzelner Versicherter in den Blick genommen. Dabei wurde deutlich, dass die Beschreibung des pflegerischen Zustands und die versichertenbezogenen Aspekte der Prozess- und Ergebnisqualität oft nicht schlüssig sind, teilweise finden sich auch widersprüchliche Aussagen. Dies soll im Folgenden an einigen Beispielen erläutert werden, ebenfalls wird bei den entsprechenden Kriterien der Einfluss auf die Transparenzbewertung deutlich gemacht:

Die Beispiele können in der veröffentlichten Berichtsversion aus Gründen des Datenschutzes nicht abgebildet werden, da sie inhaltliche Details zu einzelnen Versicherten enthalten und evtl. Rückschlüsse auf geprüfte Pflegedienste zulassen. Wesentliche Ergebnisse dieses Kapitels finden sich in der Zusammenfassung in Kapitel 8.4.

[36] http://de.wikipedia.org/wiki/Fazit

8.3 Analyse des Fazits

Bei inhaltlicher Analyse der Fazits am Ende der Qualitätsberichte ergeben sich verschiedenen Auffälligkeiten.

Auffällig ist, dass in der Bewertung der Pflegetransparenz Qualitätsbereich III in der Regel zwar erheblich besser bewertet wird als Qualitätsbereich I, in der Darstellung des Fazits nimmt jedoch die Zusammenfassung der einrichtungsbezogenen Kriterien einen wesentlich größeren Raum ein als die Zusammenfassung der pflegerischen Kriterien.

Die umfangreichen Beschreibungen der pflegerischen Leistungen und Kritikpunkte der Gutachterinnen und Gutachter werden im Fazit auf wenige abstrakte Bereiche reduziert. Diese sind: Ausgestaltung der Pflegeprozessplanung, Umsetzung des Pflegeprozesses, Berücksichtigung der Prophylaxen, Durchführung/Abbildung von Beratungsleistungen. In allen Qualitätsberichten der Stichprobe findet sich im Fazit die Aussage, dass Mängel oder Handlungsbedarf in zwei oder drei der genannten Bereiche bestehen. Diese Begrifflichkeiten sind so abstrakt und allgemein, dass sie die Prüfergebnisse verschiedener Pflegedienste nicht mehr differenziert wiedergeben können. Konkret bedeutet das, dass im Fazit zum Teil nur wenig unterscheidbare Formulierungen (Textbausteine) genutzt werden trotz sehr unterschiedlicher Bereichsnoten.

Beispiel 1, Note 3,5 in QB I
„Im Bereich der Ergebnisqualität besteht weiterer Handlungsbedarf insbesondere im Bereich der Pflegeprozessgestaltung. Erforderliche präventive Maßnahmen werden noch nicht umfänglich berücksichtigt und die Beratungsfunktion des Pflegedienstes noch nicht ausreichend wahrgenommen.“

Beispiel 2, Note 5,0 in QB I
„Im Bereich der Ergebnisqualität besteht weiterer Handlungsbedarf insbesondere im Bereich der Pflegeprozessgestaltung. So werden vereinbarte Leistungskomplexe nicht durchgängig in der Pflegeprozessplanung aufgegriffen bzw. ausreichend handlungsanleitend geplant. Präventive Maßnahmen werden noch nicht umfänglich berücksichtigt und die Beratungsfunktion des Pflegedienstes noch nicht in ausreichendem Umfang wahrgenommen.“

Demnach ergibt sich ein Notenunterschied von 1,5, weil Leistungskomplexe nicht durchgängig in der Pflegeprozessplanung aufgegriffen bzw. nicht ausreichend handlungsanleitend geplant wurden.

Auffällig ist auch, dass die Begriffe „Mängel“ und „Defizite“ sowie „Verbesserungs- und Weiterentwicklungsbedarf“ nicht differenziert genutzt werden. Die Begriffe werden unsystematisch sowohl bei guten als auch bei schlechten Bereichsnoten verwendet.

Insgesamt wird im Fazit erneut kein Gesamtbild der Einrichtung dargestellt und es erfolgt wieder eine Aufzählung von Einzelaspekten, diesmal auf einem höheren Abstraktionsniveau. Dabei liegt der Schwerpunkt auf der Aufzählung von Defiziten oder Verbesserungsbedarfen. Positive Aspekte finden selten Eingang in das Fazit. So entsteht auch bei guten Bereichsnoten im Fazit ein schlechterer Eindruck von den Leistungen der Einrichtung.

8.4 Zusammenfassung

Die Analysen zeigen vier wesentliche Bereiche fehlender inhaltlicher Konsistenz der Qualitätsberichte.

1. Beurteilungsquelle der Gutachterinnen und Gutachter ist fast ausschließlich die Pflegedokumentation. Von dort werden Rückschlüsse gezogen auf nicht durchgeführte Maßnahmen. Falls sich die Gutachterinnen und Gutachter in den Prüfungen von der Durchführung der Maßnahmen überzeugen, geht dies nicht aus den Berichten hervor. Hasseler/Wolf-Ostermann weisen im Evaluationsbericht zur Beurteilung der Pflegetransparenzvereinbarung darauf hin, dass die nationale und internationale Forschungslage zeigt, dass die Pflegedokumentation keine zuverlässige Datenquelle darstellt. Demnach führen Pflegende mehr Aktivitäten durch als sie dokumentieren, dementsprechend sei die Pflegedokumentation keine geeignete Grundlage, um Qualität zu evaluieren.[37]

2. Die Kritik der Gutachterinnen und Gutachter in den Qualitätsberichten ist sehr an einzelnen Details orientiert. Dabei gerät eine Gesamtbeurteilung der pflegerischen Versorgung der Versicherten mitunter außer Blick. Es fehlt zudem der in der häuslichen Pflege wesentliche Faktor des gesamten Pflegearrangements, von dem die Versorgung durch den ambulanten Pflegedienst ein Teil ist. Dementsprechend sind die Kritikpunkte oftmals zwar grundsätzlich fachlich richtig, aber nicht der jeweiligen Situation angemessen. In einigen Fällen kommt es auch zu Widersprüchlichkeiten in der Beurteilung der Prozess- und Ergebnisqualität.

3. Zweifelsohne ist die beratende Unterstützung der pflegenden Angehörigen durch den Pflegedienst ein sehr wichtiger Aspekt. Dieser ist im Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität mehrfach einbezogen und findet sich dementsprechend auch in den Qualitätsberichten wieder. Die Forderung nach Beratung scheint jedoch in vielen Fällen nicht der Situation angemessen zu sein.[38] Dazu bedarf es einer Einschätzung der gesamten häuslichen Situation einschließlich der pflegenden Angehörigen. Diese ergibt sich aus den Qualitätsberichten nicht, ebenso wenig der Bedarf an Beratung. Es entsteht vielfach der Eindruck einer pauschalen Forderung nach Beratung um der Beratung willen.

Ein weiterer Aspekt soll hier zumindest erwähnt werden. Im Prüfinstrument für Qualitätsprüfungen hat der Aspekt der Beratung einen hohen Stellenwert und soll durch die Pflegedienste abgedeckt werden. Pflegefachkräfte sind jedoch in der Regel weder für Beratung noch für Schulung und Anleitung qualifiziert. Dies mag bezüglich praktischer Pflegeaufgaben durch Tipps und Hinweise dennoch zufrieden stellend durchgeführt werden. Bezüglich des Umgangs mit einer Demenzerkrankung ist eine Beratung jedoch nicht innerhalb der vereinbarten Leistungskomplexe durchzuführen. Eine solche Beratung erfordert zudem eine zusätzliche Qualifikation der Beratenden in der spezifischen Thematik.[39]

---

[37] Hasseler, M.; Wolf-Ostermann, K. (2010): Wissenschaftliche Evaluation Pflege-Transparenzvereinbarung, S. 290, 291

[38] Die Beratung wird hier in einem eigenen Punkt dargestellt, weil ihr in den Prüfungen eine hohe Bedeutung zugemessen wird.

[39] Emme v. d. Ahe, H; Weidner, F.; Laag, U. (2010): Abschlussbericht Entlastungsprogramm bei Demenz

4. Im Fazit am Ende des Qualitätsberichts spiegeln sich weder die Gesamtnote der Pflegetransparenz noch die Bereichsnoten. Der hohe Allgemeinheitsgrad der Aussagen führt dazu, dass kaum Differenzierungen zwischen den Pflegediensten erkennbar sind. Die Fazits enthalten fast ausschließlich Aussagen zu Mängeln, Defiziten oder Verbesserungsbedarf der Einrichtungen. So entsteht bei Einrichtungen mit guten Bereichs- oder Gesamtnoten ein schlechterer Eindruck als die Noten dies aussagen.

8.5 Zuordnung der Konsequenzen

In Folgenden wird dargestellt, ob und inwiefern die in den Qualitätsberichten durch die Gutachterinnen und Gutachter festgelegten Konsequenzen aus den Kritikpunkten der Prüfung logisch ableitbar sind.

Zunächst einmal ist festzustellen, dass es zwei Kategorien von Konsequenzen gibt:

- Maßnahmen
- Beratung zur Qualitätssicherung

Den Maßnahmen ist jeweils eine Dringlichkeitsstufe für die Umsetzung zugeordnet. Sie sind entweder „sofort“, „kurzfristig“, „mittelfristig“ oder „langfristig“ umzusetzen.

Bezüglich der einrichtungsbezogenen Prüfkriterien beziehen sich die Konsequenzen auf die kritisierten Einzelaspekte und greifen den Wortlaut des festgestellten Defizits auf. Sie sind regelmäßig die logische Folge aus der geübten Kritik.

Bezüglich der Behandlungspflege ergeben sich die Konsequenzen ebenfalls logisch aus den Kritikpunkten der Beurteilung.

Bezüglich der pflegerischen Versorgung werden zunächst die negativen und teilweise auch die positiven versichertenbezogenen Aspekte thematisch den Bereichen „Mobilität“, „Ernährung und Flüssigkeitsversorgung“, „Ausscheidung“, „Umgang mit Demenz“ und „Körperpflege/Sonstiges“ zugeordnet. Die Konsequenzen beziehen sich dann auf die kritisierten Aspekte im jeweiligen Bereich. Dabei werden Einzelkritiken gebündelt und die Konsequenz auf einer allgemeineren Ebene ausgesprochen. Da es sich bei den Konsequenzen (in diesem Fall den Maßnahmen) um die Forderung nach Einhaltung von Regeln handelt, sind sie grundsätzlich fachlich gerechtfertigt.

Inhalte der ausgesprochenen Maßnahmen
Bei inhaltlicher Betrachtung der Maßnahmen wird deutlich, dass es sich insbesondere bezüglich der pflegerischen Versorgung zu einem hohen Anteil um die Forderungen nach Einhaltung von Dokumentationsregeln handelt. Die folgende Auflistung aller Maßnahmen zur pflegerischen Versorgung einer Prüfung verdeutlicht dies. Die Maßnahmen, die sich auf die Dokumentation beziehen, sind fett geschrieben, die Maßnahmen, die sich auf das Pflegehandeln beziehen, sind fett und kursiv geschrieben.

- Die Versicherten/Angehörigen sind zu bestehenden Risikobereichen oder Problemsituationen ***zu beraten***. Beratungszeitpunkt und Beratungsinhalte **sind in der Pflegedokumentation nachvollziehbar abzubilden**

- Risikoskalen sind regelhaft einzusetzen
- Bei vereinbarten Leistungen sind bei Vorliegen prädisponierender Faktoren zur Entstehung von Sekundärerkrankungen prophylaktische Maßnahmen in den betreffenden Gefährdungsbereichen **zu planen**, ***durchzuführen*** und **zu dokumentieren**
- Leistungsnachweise sind zeitnah vom durchführenden Mitarbeiter **zu dokumentieren**
- Bei bestehenden Einschränkungen im Bereich der selbstständigen Versorgung der Inkontinenz sind Pflegebedürftige und deren Pflegepersonen zu den Risiken und dem Umgang mit der Inkontinenz ***zu beraten***
- Bei vereinbarten Leistungen sind individuelle Ressourcen und Risiken sowie entsprechende Maßnahmen im Zusammenhang mit der Ausscheidung zu erfassen und **im Rahmen der Pflegeprozessplanung zu berücksichtigen und zu planen**
- Bei vereinbarten Leistungen ist im Rahmen einer handlungsanleitenden Maßnahmenplanung das zu verwendende Inkontinenzprodukt in der Pflegeprozessplanung differenziert **abzubilden.** Die Pflegemaßnahmen sind individuell **handlungsanleitend zu planen**
- Bei der präzisen und handlungsanleitenden Ausformulierung der Maßnahmenpläne ist durchgängig **auf die Einhaltung der Indikatoren (wer macht wann was womit?) zu achten**
- Die individuellen Wünsche und Bedürfnisse und Gewohnheiten im Hinblick auf die Körperpflege der Versicherten sind zu ermitteln und in der Pflegeprozessplanung nachvollziehbar ***zu berücksichtigen***
- Bei bestehender Intertrigogefährdung sind die präventiven Maßnahmen zur Vermeidung einer Schädigung **zu planen**, ***durchzuführen*** und **zu dokumentieren**

Im vorliegenden Beispiel finden sich vier Maßnahmen zum Pflegehandeln. Ausnahmslos alle zugehörigen Kritiken beziehen sich auf die Dokumentation, „nicht ausreichend geplant", „nicht beschrieben", „bildet sich nicht ab", „nicht handlungsanleitend geplant". Hier zeigt sich erneut, wie schon in Kapitel 4.2 beschrieben, dass durch die Gutachterinnen und Gutachter automatisch Rückschlüsse gezogen werden, dass etwas, was nicht oder nicht ausreichend dokumentiert ist, auch nicht durchgeführt wurde. [40]

Priorisierung der Maßnahmen

Für eine erste Übersicht wurde zunächst eine quantitative Auswertung der Maßnahmen entsprechend ihrer Dringlichkeitsstufen durchgeführt. Dabei finden sich im Bereich der pflegerischen Versorgung fast ausschließlich Maßnahmen, die sofort umzusetzen sind oder mit deren Umsetzung sofort begonnen werden muss. Die Pflegedienste haben den Qualitätsberichten entsprechend zwischen 4 und 24 Maßnahmen bezüglich der pflegerischen Versorgung sofort umzusetzen. Dabei wird beispielsweise die Planung und Durchführung von prophylaktischen Maßnahmen in ihrer Dringlichkeit dem Einhalten der Indikatoren (wer macht wann was womit?) bei der Ausformulierung der Maßnahmenpläne gleichgesetzt. Wirklich dringliche Handlungs- oder Korrekturbedarfe werden nicht deutlich, wenn sie die gleiche Priorität haben wie zahlreiche weitere. Ebenso scheint beispielsweise die Forderung nach einer so-

[40] Hier sollte nach einem Weg gesucht werden, mit dem die tatsächliche Durchführung der Pflegehandlung über die Pflegedokumentation hinaus nachvollzogen werden kann.

fortigen Beratung der Versicherten oder Angehörigen vielfach nicht angemessen oder praktikabel.

Bei den Maßnahmen zur Behandlungspflege handelt es sich ebenfalls bis auf vereinzelte Ausnahmen um Maßnahmen, die sofort umzusetzen sind. Insgesamt finden sich in den Qualitätsberichten der Stichprobe zwischen einer und sechs Maßnahmen zur Behandlungspflege. Hier wird jeweils auf das Pflegehandeln Bezug genommen und die festgestellten Defizite haben eine direkte Auswirkung bzw. Gefährdung der Versicherten zur Folge. Von daher ist die Priorisierung „sofort“ nachvollziehbar.

Bei den Maßnahmen zu den einrichtungsbezogenen Kriterien findet sich die größte Varianz bezogen auf die Priorisierung der Konsequenzen. Auch hier handelt es sich zwar am häufigsten um sofort umzusetzende Maßnahmen, jedoch werden ebenfalls kurz-, mittel- und langfristige Maßnahmen sowie „Beratungen zur Qualitätsverbesserung“ ausgesprochen. Auffällig ist hier, dass sich keine Systematik erkennen lässt, mit der die Priorisierung erfolgt. So werden inhaltlich gleiche Maßnahmen mit unterschiedlicher Priorisierung ausgesprochen. Beispielsweise ist die Maßnahme: „Die Fachbegleitungen (fachliche Überprüfung) angelernter Mitarbeiter sind regelmäßig strukturiert und dokumentiert durchzuführen“ sowohl kurzfristig, mittelfristig als auch ab sofort durchzuführen. Diskrepanzen ergeben sich auch für die Maßnahme „Zur Sicherstellung einer möglichst hohen Qualität in der pflegerischen Versorgung sind die relevanten Expertenstandards des DNQP umfassend zu berücksichtigen.“ Die Umsetzung wird ebenfalls sowohl mittelfristig, kurzfristig sowie sofort gefordert. Weitere Diskrepanzen bei den Maßnahmen wurden u. a. zu folgenden einrichtungsbezogenen Prüfkriterien festgestellt:

- Kriterien aus dem Bereich der Hygiene
- Fachliche Überprüfung der Pflege
- Umgang mit Beschwerden
- Kontinuierlicher Verbesserungsprozess
- Organisation
- Erste-Hilfe-Maßnahmen bei Versicherten

Insgesamt werden von den zur Verfügung stehenden Konsequenzen „Beratung zur Qualitätsverbesserung“ und „Maßnahmen“ sowohl im Bereich der pflegerischen Versorgung als auch im Bereich der Behandlungspflege fast ausschließlich Maßnahmen ausgesprochen, die sofort umzusetzen sind. Eine Priorisierung bezüglich der Dringlichkeit der Umsetzung erfolgt teilweise im Bereich der einrichtungsbezogenen Kriterien, dort jedoch ohne erkennbare Systematik. Inhaltlich wird mit den Maßnahmen überwiegend das Einhalten von Regeln, im pflegerischen Bereich von Dokumentationsregeln, gefordert. Dabei wird ebenfalls der Rückschluss von einer nicht ausreichenden Dokumentation auf eine nicht durchgeführte Handlung gezogen.

9. Interne Kongruenz

In den vorangegangenen Kapiteln wurden die Qualitätsberichte analysiert, hinsichtlich ihrer internen Konsistenz beurteilt und ein formaler sowie inhaltlicher Abgleich zwischen Qualitäts- und Transparenzberichten durchgeführt. Mit der Aussage zur internen Kongruenz soll nun der Grad der Übereinstimmung der Gesamtaussagen zur Qualität der Dienste zwischen den Transparenzkriterien und den Qualitätsberichten zusammenfassend dargestellt werden.

Auffällig ist dabei zunächst, dass in den Qualitätsberichten des MDK Rheinland-Pfalz keinerlei Bezug zu den Transparenzbewertungen hergestellt wird. Dadurch entsteht der Eindruck, dass es sich um nebeneinander stehende separate Prüfverfahren handelt.[41]

Zum MDK-Prüfinstrument für die Qualitätsprüfungen ist die Aussage zu treffen, dass es formal aus einer Aneinanderreihung von einrichtungs- und bewohner- oder klientenbezogenen Einzelaspekten besteht. Inhaltlich fehlen dabei insbesondere interpersonale Aspekte und letztendlich liegen keine belastbaren Aussagen dazu vor, inwiefern das Instrument Ergebnisqualität misst.[42] Soll aus den Einzelaspekten ein Gesamtbild der geprüften Einrichtungen entstehen, so kann es als Anforderung an die jeweiligen Medizinischen Dienste und Gutachterteams aufgefasst werden, die Ergebnisse der Einzelkriterien im Qualitätsbericht in einem Gesamtzusammenhang und ein Gesamtbild der jeweiligen Einrichtung darzustellen.

Die Qualitätsberichte des MDK Rheinland-Pfalz folgen formal einer schlüssigen Systematik: Beschreibung, Beurteilung und Maßnahmen, Fazit. Die Inhalte entsprechen dieser Systematik jedoch vielfach nicht.

In den Berichten entsteht in der Regel kein Gesamtbild der Einrichtung und der pflegerischen Versorgung der Versicherten. Stattdessen verdeutlicht die konsequente Übertragung der Ergebnisse der einzelnen Prüfkriterien in den Qualitätsbericht mittels modifizierbarer Textbausteine die Schwächen des Instruments erheblich. In den Berichten fällt sowohl in den beschreibenden als auch in den beurteilenden Anteilen eine ausgeprägte Detailliertheit auf, die Widersprüche enthält, nicht immer der Situation angemessen ist und damit auch Gefahr läuft, anfechtbar zu sein. Auch die kurze Zusammenfassung der Prüfergebnisse in einem Fazit am Ende der Berichte vermag es nicht, diese zutreffend wiederzugeben.

Vor diesem Hintergrund ist der Ansatz in den Pflege-Transparenzvereinbarungen nachvollziehbar, mittels der Benotung zu einer einfachen und unterscheidbaren Bewertung von Qualität kommen zu wollen.

Die vergleichende Analyse von Qualitäts- und Transparenzberichten des MDK Rheinland-Pfalz zeigt, dass diese einer formal unterschiedlichen Systematik folgen. Die Transparenzbewertungen insbesondere bezüglich der pflegerischen Versorgung sind in den Qualitätsberichten schon aus diesem Grund schlecht auffindbar und kaum nachvollziehbar.

---

[41] Dieser Aspekt wurde auch in der „Wissenschaftlichen Evaluation zur Beurteilung der Pflege-Transparenzvereinbarungen für den ambulanten und stationären Bereich“ (2010) von Hasseler/Wolf-Ostermann beschrieben, dort allerdings auf die Unklarheiten in der öffentlichen Diskussionen um die Zielstellungen, Aufgaben und das Verständnis der Transparenzkriterien bezogen (S. 287).

[42] Görres, S.; Hasseler, M.; Mittnacht, B. (2008): Gutachten zu den MDK-Qualitätsprüfungen und den Qualitätsberichten, S. 7,8

Auf Ebene der Kriterien sind Qualitäts- und Transparenzberichte inhaltlich in den meisten Fällen kongruent. Die Bewertungen der einzelnen Transparenzkriterien finden sich in den Qualitätsberichten in der Regel wieder und stimmen meistens, jedoch nicht in allen Fällen, überein. Dies wird durch die Verwendung von Textbausteinen weitgehend sichergestellt.

Auf der Ebene der Qualitätsbereiche kommt es zu Informationsverlusten zwischen Qualitäts- und Transparenzberichten. Dies betrifft insbesondere QB III, aber auch QB I. Infolgedessen sind teilweise gute Noten in QB III nicht nachvollziehbar, bezüglich QB I muss dies im Einzelfall geprüft werden. Eine zusammenfassende Bewertung der einzelnen Bereiche „einrichtungsbezogene Kriterien“, „Behandlungspflege“ und „pflegerische Versorgung“ findet sich in den Qualitätsberichten nicht, die Beurteilungen bestehen aus einer Reihe von Einzelaussagen, so dass ein direkter Abgleich dieser Bewertungen mit den Bereichsnoten kaum möglich ist.

Das Fazit gibt sprachlich und inhaltlich die Bereichs- und Gesamtnoten vielfach nicht wieder. Auch hier finden sich in einigen Berichten Widersprüche und die Formulierungen im Fazit lassen insbesondere positive Prüfergebnisse nicht vermuten.

10. Empfehlungen

Die festgestellten Schwächen und die mangelnde Kongruenz der Transparenz- und Qualitätsberichte und haben ihren Ursprung zum Teil in der mangelnden wissenschaftlichen Güte beider Instrumente selbst. MDK-intern besteht jedoch die Möglichkeit, eine Konsistenz und damit eine optische, formale und inhaltliche Nachvollziehbarkeit der Qualitätsberichte herzustellen. Folgende Empfehlungen werden dazu gegeben. Dabei werden auch die Aussagen der Gutachterinnen und Gutachter im Workshop in Modul 1 einbezogen.

Strukturelle Weiterentwicklung der Qualitätsberichte

Für eine Transparenz bezüglich der eigenen Arbeit sollte in den Qualitätsberichten optisch und formal der Bezug zu den Transparenzbewertungen dargestellt werden.

In den beschreibenden und beurteilenden Anteilen finden sich viele Redundanzen, von denen ein Teil verzichtbar ist. Es sollte überlegt werden, wie die Beurteilungen zu tatsächlichen Beurteilungen weiterentwickelt werden können und damit über das Niveau einer Zusammenfassung von Einzelaspekten hinausgehen.

Nach bisheriger Systematik werden bei der Beurteilung der pflegerischen Versorgung unter einem einzelnen Aspekt (z. B. Mobilität) die Ergebnisse mehrerer Versicherter bezüglich mehrerer Aspekte zusammengefasst. Dies lässt kaum die Möglichkeit einer abschließenden eindeutigen Beurteilung der pflegerischen Leistungen. Hier ist eine thematische Sortierung und Beurteilung je Versichertem zu empfehlen.

Inhaltliche Weiterentwicklung der Qualitätsberichte

Im Workshop in Modul 1 haben die Gutachterinnen und Gutachter angegeben, dass sie in der Prüfung einen guten Einblick in die Einrichtung und die Versichertenversorgung bekämen. Dies spiegelt sich in den Qualitätsberichten jedoch nicht immer wider. Die Kritik der Gutachterinnen und Gutachter sowie die Forderungen zur pflegerischen Versorgung „Notwendig wäre …“ scheinen nicht immer der jeweiligen Pflegesituation angemessen zu sein. Zu empfehlen ist die Aufnahme einer Gesamteinschätzung der häuslichen Pflegesituation, in die auch, so weit beurteilbar, die pflegenden Angehörigen einbezogen werden. Das ermöglicht eine fallbezogen passendere Beurteilung der pflegerischen Leistungen und Erfordernisse.

Insbesondere im Bereich der pflegerischen Versorgung sind alle von den Gutachterinnen und Gutachtern ausgesprochenen Maßnahmen gleichermaßen dringlich und sofort umzusetzen. Dadurch werden wirklich dringliche Änderungsbedarfe nicht deutlich. Es ist dringend eine bessere Grundlegung und Systematisierung der Priorisierung von Maßnahmen zu empfehlen.

Das Fazit am Ende des Qualitätsberichts steht oftmals im Widerspruch zu den Transparenzbewertungen und gibt damit häufig einen schlechteren Eindruck der Einrichtung wieder als die Noten dies vermuten lassen. Dies steht außerdem im Widerspruch zur Aussage der Gutachterinnen und Gutachter, dass die Pflegedienste oft einen besseren Eindruck machen als die Noten dies aussagen. Es ist zu empfehlen, die Grundlagen und Prinzipien der Erstellung des Fazits dahingehend zu entwickeln, dass es das Gesamtergebnis der Prüfung zutreffend wiedergibt.

Weiterentwicklung des Prüfverfahrens

Die Beurteilung der Transparenzkriterien ist in der Regel an die Durchführung und Dokumentation von Leistungen geknüpft. Im Workshop haben die Gutachterinnen und Gutachter die berechtigte Kritik geäußert, dass einer guten Pflege, die lediglich nicht dokumentiert sei, in den Prüfungen keine Rechnung getragen werde. Aus den Qualitätsberichten ergibt sich in den weitaus überwiegenden Fällen lediglich der Bezug zur Dokumentation. Von dort werden Rückschlüsse auf die Durchführung gezogen. Hier ist zu überlegen, ob beispielsweise durch Gespräche mit anwesenden Pflegekräften oder Angehörigen die Möglichkeit besteht, dass sich die Gutachterinnen und Gutachter einen Eindruck von der tatsächlichen Durchführung der Pflegemaßnahmen verschaffen. Das würde auch dem Wunsch der Gutachterinnen und Gutachter entsprechen, bei den Prüfungen „mehr in die Tiefe gehen zu können“ und sollte ebenfalls in den Qualitätsbericht einfließen.

Unterstützung und Weiterqualifizierung der Gutachterinnen und Gutachter

Zur Unterstützung und weiteren Qualifizierung der Gutachterinnen und Gutachter ist es zu empfehlen, regelmäßige Fallbesprechungen durchzuführen. Damit kann ein Forum geschaffen werden, in dem die eigenen Beurteilungen reflektiert werden und Unsicherheiten bearbeitet werden können. Zudem kann im Gutachterteam ein Konsens über die Priorisierung von Maßnahmen hergestellt werden. Fallbesprechungen geben den Gutachterinnen und Gutachtern zudem Sicherheit in der Diskussion mit den Einrichtungen vor Ort.

Literatur- und Quellenverzeichnis

Brüggemann, J.; Gerber, H. (2009): Umsetzung der Transparenzvereinbarungen durch den MDK. In: MDK-Forum, H. 2, S. 18–19.

Bundesministerium für Gesundheit, BMG (10.11.2005): Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität. Online verfügbar unter www.exzellenz.de/downloads/qprili.pdf, zuletzt geprüft am 29.03.2010.

Gerlinger, T.; Röber, M. (2009): Die Pflegeversicherung. 1. Aufl. Bern: Hans Huber.

GKV-Spitzenverband (05.11.2009): Konzept zur Evaluation der Pflege-Transparenzvereinbarungen ("Pflegenoten"). Herausgegeben von GKV-Spitzenverband.

GKV-Spitzenverband; Medizinischer Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen e. V. MDS.

GKV-Spitzenverband; Medizinischer Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen e. V. MDS (2009): Grundlagen der Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege. Qualitätsprüfungsrichtlinien, MDK-Anleitung, Transparenzvereinbarung. Herausgegeben von GKV-Spitzenverband und Medizinischer Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen e. V. MDS. Köln. Online verfügbar unter www.mds-ev.de/media/pdf/2010-03-15_MDK-Anleitung_ambulant.pdf, zuletzt geprüft am 29.03.2010.

Görres, S.; Hasseler, M.; Mittnacht, B. (2008): Gutachten zu den MDK-Qualitätsprüfungen und den Qualitätsberichten im Auftrag der Hamburgischen Pflegegesellschaft e. V. Schriftenreihe des ipp Bremen. iap expert GmbH. Bremen.

Hasseler, M.; Görres, S. (2005): Was Pflegebedürftige wirklich brauchen … Zukünftige Herausforderungen an eine bedarfsgerechte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung. Hannover: Schlüter.

Hasseler, M.; Wolf-Ostermann, K. (21.07.2010): Wissenschaftliche Evaluation zur Beurteilung der Pflege-Transparenzvereinbarung für den ambulanten (PTVA) und stationären (PTVS) Bereich. Online verfügbar unter http://www.pflegenoten.de/upload/Pflegenoten_Endbericht_Beirat_u__WB_2010_07_21_6961.pdf, zuletzt geprüft am 02.11.2010.

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, Rheinland-Pfalz (2009): Protokolle der Teamsitzungen Januar bis Dezember 2009, unveröffentlicht. Alzey.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen e. V. MDS: Prüfanleitung zum Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege, Entwurf. Unter Mitarbeit von 10.11.2009.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen e. V. MDS (13.05.2009): Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege, Entwurf.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen e. V. MDS (Juli 2009): Prozess bei den Qualitätsprüfungen.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen e. V. MDS (22.10.2009): Prüfanleitung zum Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege, Entwurf.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen e. V. MDS (08.04.2009): Prüfanleitung zum Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege, Entwurf.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen e. V. MDS (09.07.2009): Prüfanleitung zum Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege, Entwurf.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen e. V. MDS (10.11.2009): Prüfanleitung zum Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege, Entwurf.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen e. V. MDS; SEG 2 (18.12.2009): Evaluation der Transparenzvereinbarungen, Stand 18.12.2009, Erster Zwischenbericht. Quantitative Auswertung der Transparenzergebnisse der Medizinischen Dienste für die stationäre Pflege. Herausgegeben von Medizinischer Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen e. V. MDS.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen e. V. MDS; SEG 2 (16.02.2010): Evaluation der Transparenzvereinbarungen, Stand 16.02.2010, Abschlussbericht. Quantitative und qualitative Auswertung der Transparenzergebnisse der Medizinischen Dienste für die stationäre und ambulante Pflege. Herausgegeben von Medizinischer Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen e. V. MDS. Online verfügbar unter www.mds-ev.org/media/pdf/100216_Abschlussbericht_Transparenz_FINAL.pdf, zuletzt geprüft am 29.03.2010.