

Monitoring-Projekt der BAGFW zu den Pflege- Transparenzvereinbarungen nach §115 Abs. 1a SGB XI

2. Zwischenauswertung 'Stationäre Pflege' (Stand: 30. Juni 2010)

Hintergrund und Ziele des Monitoring-Projekts

Die in der Bundesarbeitsgemeinschaft kooperierenden Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege haben als Partner nach § 115 Abs. 1a SGB XI im Rahmen der Pflegeselbstverwaltung die Pflege-Transparenzvereinbarungen mit erarbeitet und vereinbart. Um der damit verbundenen Verantwortung auch weiterhin nachzukommen, haben die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege auf Bundesebene beschlossen, die Umsetzung der Pflege-Transparenzvereinbarungen zu begleiten und zu beobachten. Sie sehen es als ihre Aufgabe an, die Erreichung der hinter den Vereinbarungen stehenden Ziele zu beobachten und daran mitzuwirken, die Zielerreichung zu sichern. Hierbei soll auch deren Einhaltung durch die Landesverbände der Pflegekassen und deren medizinische Dienste in den Blick genommen werden. Auf Basis der Erfahrungen der Einrichtungen und Dienste mit den neuen Kriterien, den Prüfungen und Veröffentlichungen soll Verbesserungspotential für die Weiterentwicklung aufgespürt werden. Da es sich bei den Pflege-Transparenzvereinbarungen um ein vollständig neues Verfahren handelt, bei dem die Bundeseinheitlichkeit von zentraler Bedeutung ist, werden die Erfahrungen in der Praxis der Einrichtungen und Dienste auch bundesweit ausgewertet.

Die Laufzeit für die Erhebung ist zunächst bis Ende 2010 vorgesehen. Für die Erhebung – das sog. BAGFW-Monitoring - wurde im Januar je ein Fragebogen ambulant und stationär versendet.

Fragebogen-Rücklauf

Mit Stand 30. Juni 2010 beträgt der Rücklauf aus dem ambulanten sowie stationären Bereich insgesamt 440 Fragebögen (s. Abb. 1).

Abb. 1: Rücklauf zum 30. Juni 2010



Von den 318 eingegangenen Fragebögen konnten 294 Fragebögen von stationären Pflegeeinrichtungen in diese zweite Zwischenauswertung für stationäre Pflege einfließen.

Auswertungen

Die zweite Zwischenauswertung 'stationäre Pflege' beinhaltet folgende vier Kernbereiche:

1. Angaben zur Stichprobe
2. Verlauf der Prüfung
3. Verfahren der Daten- und Informationsübermittlung sowie zur Veröffentlichung
4. Bewertung der PTVS

1. Angaben zur Stichprobe

Die 294 ausgewerteten Fragebögen stammen von stationären Pflegeeinrichtungen in Trägerschaft der Freien Wohlfahrtspflege (Tab. 1) aus allen 16 Bundesländern (Tab. 2).

Tab. 1: Verbandliche Zugehörigkeit

Verbandliche Zugehörigkeit	in Prozent
Arbeiterwohlfahrt (AWO)	24,5
Caritasverband (DCV)	24,1
Deutsches Rotes Kreuz (DRK)	7,8
Paritätischer Wohlfahrtsverband (DPWV)	11,6
Diakonisches Werk der ev. Kirche in Deutschland (DW EKD)	32,0
Gesamt (n=294)	100,0

Tab. 2: Aufteilung der Rückläufe nach Bundesländern

Bundesland	in Prozent
Baden-Württemberg	13,6
Bayern	17,7
Berlin	0,7
Brandenburg	1,7
Bremen	1,4
Hamburg	3,1
Hessen	5,4
Mecklenburg-Vorpommern	1,7
Niedersachsen	8,5
Nordrhein-Westfalen	18,0
Rheinland-Pfalz	2,0
Saarland	3,4
Sachsen	8,8
Sachsen-Anhalt	3,1
Schleswig-Holstein	4,4
Thüringen	6,5
Gesamt (n= 294)	100,0

Die Größe der teilnehmenden Einrichtung, gemessen an der Zahl der Pflegeplätze verteilt sich wie folgt:

Tab. 3: Anzahl der Pflegeplätze

Größe der stationären Pflegeeinrichtungen/Anzahl der Plätze	in Prozent
1 bis 50 Plätze	19,5
51 bis 100 Plätze	47,8
101 bis 150 Plätze	26,6
über 150 Plätze	6,1
Gesamt	100

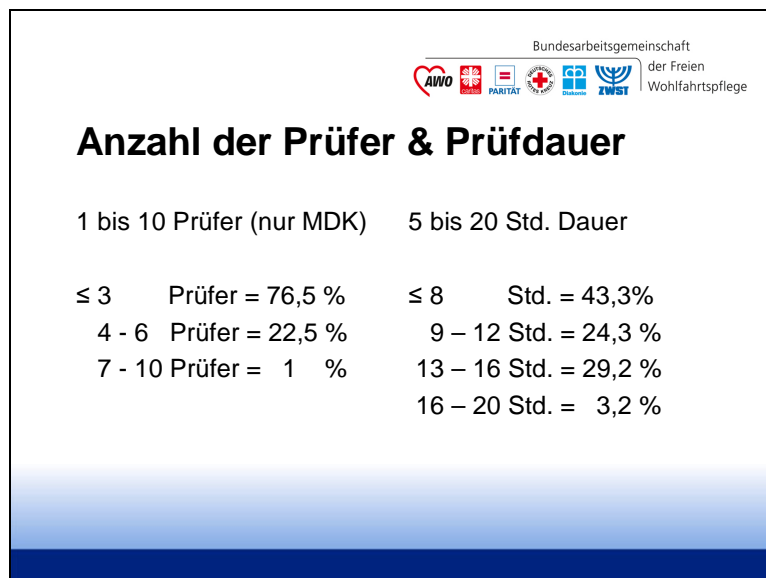
Die rückgemeldeten Erfahrungen der Einrichtungen beziehen sich auf 271 Regelprüfungen, 15 Anlassprüfungen und drei Wiederholungsprüfungen. Bei vier Einrichtungen sind die Angaben zur Prüfarmt unklar, in drei Fällen davon beziehen sich die Angaben auf vermischte Prüfungsarten.

2. Verlauf der Prüfung

Voraussetzung für die Durchführung der Qualitätsprüfung nach §114 SGB XI (sie ist auch die Grundlage für die Veröffentlichung nach § 115 Abs. 1a SGB XI), ist ein Prüfauftrag der Landesverbände der Pflegekassen bzgl. der zu prüfenden Einrichtung und der Angabe der Prüfarmt. Dieser Auftrag wird bei nur der etwas über der Hälfte der Einrichtungen zur Legitimation der Prüfung vorgelegt. Bei der Prüfarmt halten sich die Prüfer i. d. R. an die im Gesetz vorgegeben Prüfarmten der Regel-, Anlass- und Wiederholungsprüfung. (s. Tab. 4)

Hinsichtlich der Anzahl der Prüfer und der Prüfdauer in Stunden zeigt es sich, dass die Dauer der MDK-Prüfungen in den einzelnen Einrichtungen je MDK und Bundesland im Durchschnitt zwischen fünf und 20 Stunden deutlich variiert. Die hohen Prüfdauern bilden eher die Ausnahme. Entsprechend große Unterschiede finden sich auch in der Anzahl der Prüfer des MDK einerseits, sowie in der Gesamtzahl an Prüfern (MDK und weitere Prüfinstitution wie bspw. Gesundheitsamt etc.) andererseits. Am häufigsten wurde die Anzahl von insgesamt bis zu drei Prüfern zurückgemeldet, wobei auch hier die Angaben von mindestens 1 Prüfer bis hin zu 10 Prüfern maximal variieren. Einrichtungen, die eine hohe Anzahl von Prüfern rückgemeldet haben, berichten, dass durch „zu viele“ Prüfer der Ablauf bzw. die Versorgung der Pflegebedürftigen in der Einrichtung am Tag der Prüfung behindern.

Abb. 2: Anzahl der Prüfer und Prüfdauer



Die Prüfung vor Ort erfolgt auf Basis der Qualitätsprüfungs-Richtlinie, die gemäß der PTVS, die Art der Stichprobenziehung der in die Prüfung einzubeziehenden Bewohner/-innen vorgibt. Danach ist als Auswahlkriterium allein die Verteilung nach Pflegestufen in der Einrichtung ausschlaggebend. Bei Nicht-Einwilligung von Bewohner/-innen zur Teilnahme wird entsprechend der Pflegestufe 'zufällig' nachgezogen. Diese Regelungen werden größtenteils umgesetzt, wenn auch nicht zu 100 %. Bei der Bewohnerbefragung wird ggf. auch für nicht-auskunfts-fähige Bewohner/-innen entsprechend oben genannter Regel nachgezogen. Befragt werden dürfen aber ausschließlich die Bewohner/-innen selbst. Letzteres wird immerhin in knapp 5 % der Prüfungen nicht eingehalten.

Tab. 4: Prüfgrundlagen und Stichprobe

Monitoringfrage (Fallzahl)	"Nein-Antworten"
Wurde der schriftliche Prüfauftrag der Kassen zur Prüfung vorgelegt? (277)	56,7 %
Gab es Vermischungen von Prüfungsarten? (292)	95,9 %
Wenn eine Regelprüfung stattfand, wurde diese im Prüfverlauf in eine Anlassprüfung umgewandelt? (281)	99,3 %
Wurde die Regelung bei der Stichprobengröße (mind. 5 max. 15 Personen) eingehalten? (292)	1,4 %
Wurde die Stichprobe ausschließlich anhand des Auswahlkriteriums 'Pflegestufe' gezogen? (293)	4,1 %
Wurden bei der Bewohnerbefragung ausschließlich die Pflegebedürftigen selbst befragt? (121)	4,8 %

Für die Prüfung und Bewertung der Transparenzkriterien ist die PTVS nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI vom 17. Dezember 2008 verbindlich, hier insbesondere Anlage 3: Ausfüllanleitung für Prüfer. Diese wird nicht immer für verbindlich geachtet, da in fast 10 % der Prüfungen auch andere, abweichende Prüf- und Bewertungsgrundlagen herangezogen werden. Die Regel, dass Ausnahmefehler in der Dokumentation nicht zu schlechten Bewertungen des Kriteriums führen dürfen, wird sogar in 2/3 der Prüfungen nicht umgesetzt (Tab. 5).

Die Prüfung vor Ort endet mit einem Abschlussgespräch mit den MDK-Prüfern, das in allen fast allen vorliegenden Fällen stattfand. In 93,1 % der Fälle wurden im Abschlussgespräch - zumindest teilweise die Mängel benannt, 77,1 % der Einrichtungen geben an, dass die Rückmeldungen im Abschlussgespräch umfassend waren. Lediglich in 7,5 % der Fälle erfolgt die Rückmeldung in Form einer Notennennung (auf den unterschiedlichsten Ebenen von Einzelkriterien, Bereichsergebnisse und Gesamtnote). Entsprechend wird von den Einrichtungen die Durchführung eines umfassenderen Abschlussgesprächs als eine Verbesserungsmaßnahmen vorgeschlagen.

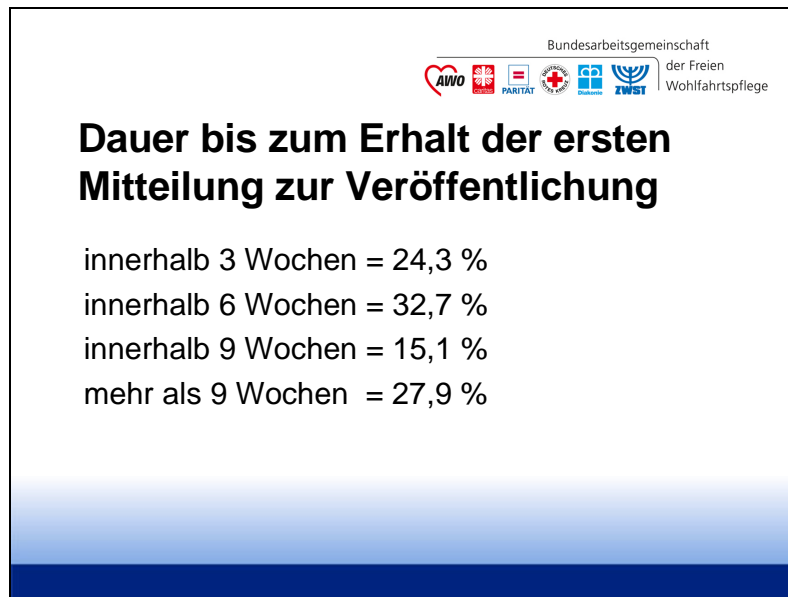
Tab. 5: Durchführung der MDK-Prüfung gemäß PTVS/ QPR

Monitoringfrage (Fallzahl)	"Nein-Antworten"
Wurden die PTV-Fragen gemäß der Ausfüllanleitung der PTVS (Anlage 3) geprüft und bewertet? (283)	9,9 %
Wenn erkennbar Ausnahmefehler (z. B. in der Dokumentation) vorlagen, wurde damit lt. Anlage 3 PTVS umgegangen? (257)	78,2 %
Wurde ein Abschlussgespräch mit den MDK-Prüfern durchgeführt? (294)	1,0 %
Wurden im Abschlussgespräch evtl. festgestellte Mängel von den MDK-Prüfern angesprochen? (289)	6,9 %
Wurden die Prüfergebnisse im Abschlussgespräch von den MDK-Prüfern umfassend zurück gemeldet? (288)	22,9 %

3. Verfahren der Daten- und Informationsübermittlung sowie zur Veröffentlichung

Im Kontext der Angaben zum Veröffentlichungsverfahren ist deutlich zu erkennen, dass lediglich 24,3 % der Einrichtungen innerhalb von drei Wochen eine erste Mitteilung zur Veröffentlichung erhalten haben. Bei 25,4 % kam die erste Mitteilung sogar erst nach mehr als neun Wochen (Abb. 3).

Abb. 3: Dauer bis zum Erhalt der ersten Mitteilung zur Veröffentlichung (vorläufiger Pflege-Transparenzbericht)



Der vorläufige Pflege-Transparenzbericht ist für die Einrichtungen nur zusammen mit Hilfe des Prüfberichts der MDK-Prüfung nachvollziehbar und überprüfbar. Um im Rahmen der 28-Tagefrist ggf. Fehler oder strittige Fragen zum vorläufigen Pflege-Transparenzbericht klären zu können, muss der Prüfbericht vor oder spätestens zeitgleich mit dem vorläufigen Pflege-Transparenzbericht zugestellt werden. In knapp 10 % der Fälle kam der Prüfbericht jedoch später als der Pflege-Transparenzbericht (Tab. 6). Zur Illustration das Beispiel eines Trägers von stationären Pflegeeinrichtung in Bayern:

"Von unseren sieben Prüfungen kamen fünf [vorläufige Transparenz-] Berichte im Februar nach den QPR-Berichten. [...] Bei den beiden Berichten im April und Mai kam für das Seniorenzentrum [...] der Transparenzbericht am 09.04.2010 und der QPR-Bericht (Eingang Träger) am 19.04.2010. Der Transparenzbericht des Seniorenzentrums [...] kam am 12.05.2010 und der QPR-Bericht ging am 20.05.2010 bei uns ein."

In ca. 70% der Fälle ging die Eingabe reibungslos von statten. Gründe für Probleme wurden im Bereich der Registrierung, sowie des Zugangs benannt. Diese Probleme sind immer noch vorhanden, ihre Virulenz nahm jedoch im Zeitverlauf etwas ab.

Die 28-Tagefrist erweist sich als notwendiges Rückmeldeverfahren, da es in 59,5 % der Fälle zu Unstimmigkeiten und offenen Fragen bzgl. des vorläufigen Pflege-Transparenzberichtes kommt. Allerdings scheint die 28-Tagefrist kein Garant für eine einvernehmliche Klärung zu sein, denn dies gelingt nur in 57,1 % der Fälle. Dennoch geben lediglich 3,5 % der Einrichtungen rechtliche Schritte dagegen einzuleiten.

Tab. 6: Prüfbericht und Veröffentlichung

Monitoringfrage (Fallzahl)	"Nein-Antworten"
Wann haben Sie die Mitteilung zur Veröffentlichung erhalten (zeitgleich mit oder nach den MDK Prüfbericht)? (283)	9,5 %
Konnten Sie alle Eingaben zur Veröffentlichung im Rahmen des Online-Verfahrens reibungslos eingeben)? (281)	30,2 %
Wurden alle Ihre Eingaben im Rahmen des Online-Verfahrens vollständig übernommen und veröffentlicht? (250)	19,6 %
Wenn Unstimmigkeiten im Bericht vorlagen, konnte innerhalb der 28-Tage-Frist eine einvernehmliche Klärung herbeigeführt werden? (175)	42,9 %

4. Bewertung der PTVS

Für 65,9 % der befragten Einrichtungen ist die Bewertung ihrer Einrichtung nachvollziehbar. Der Frage nach der Einschätzung, ob die Prüfergebnisse zur PTV die Qualität der Einrichtung angemessen widerspiegeln, stimmen 53,6 % zu. Allerdings wird in Kommentaren auch immer wieder darauf hingewiesen, dass Prüfergebnisse nur eine „Momentaufnahme“ zum Zeitpunkt der Prüfung darstellen können.

Die einzelnen Qualitätsbereiche werden als überwiegend die richtigen zur Beurteilung der Qualität von Pflegeeinrichtungen angesehen, wenn auch in unterschiedlicher Intensität:

Tab. 7: Zustimmung zu den Qualitätsbereichen

Qualitätsbereich (Fallzahl)	Zustimmung
1. Pflege und medizinischen Versorgung (282)	60,3 %
2. Umgang mit demenzkranken Bewohnern (277)	61,0 %
3. Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung (282)	73,8 %
4. Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene (282)	80,9 %
5. Befragung der Bewohner/-innen (278)	75,2 %

Die Schwerpunktsetzung der PTVS auf den Qualitätsbereich 1 (35 von 82 Kriterien) halten 78,2 % der Befragten (n = 278) für angemessen. Allerdings wird in Kommentaren Kritik an den Kriterien zur medizinischen Versorgung deutlich, da es sich hier um interdisziplinären Aufgaben handelt, bei den die Verantwortung zu großen Teilen bei den Ärzten liegt und die Pflegeeinrichtungen damit u. U. einen geringen Einfluss auf die Qualität haben.

Ein weiterer zentraler Kritikpunkt wird in der Antwort eines Altenhilfezentrums aus Thüringen deutlich:

„Das Ergebnis spiegelt lediglich die Dokumentationsmängel wieder, nicht die Qualität [der Pflege].“

Problematisch wird die Prüfung der Dokumentation vor allem auch bei Bewohnern, die erst kürzlich in der Einrichtung aufgenommen wurden und daher noch keine vollständige Dokumentation haben können.

Vor diesem Hintergrund wird auch bei der Frage, warum die PTVS ggf. nicht geeignet zur Qualitätsdarstellung sind, am Häufigsten die zu starke Orientierung an der Dokumentation bzw. an Konzepten benannt. Zum Qualitätsbereich 2 (Versorgung von demenzkranken Bewohner/-innen wird dabei kritisiert, dass hier nur die Konzepte und die Versorgung bezogen auf die Regelungen des § 87b SGB XI in die Prüfung einbezogen werden und nicht auch alle weiteren Versorgungskonzepte, -angebote und Maßnahmen der Einrichtung.

Entsprechend werden zu dem Punkten "Dokumentationslastigkeit der Prüfung" von den Befragten auch die meisten Verbesserungsbedarfe gesehen.

Auch die Umsetzung der PTVS im Rahmen der MDK-Prüfung wird von den Befragten thematisiert. Kritisiert werden z. B.

- § die Überforderung der Prüfer und deren hoher Zeitdruck,
- § die Prüfung von Bereichen, außerhalb der QPR
- § die unterschiedliche Bewertung identischer Sachverhalte durch verschiedene MDK bzw. Prüfer

Als Verbesserungsvorschlag wird daher häufig eine bessere Schulung der MDK-Prüfer gefordert.

Nur gut $\frac{1}{4}$ der Befragten erachten die derzeit angewendete Bewertungssystematik als geeignet (28,9 %, n = 287). Die Hauptbegründungen dafür liegen zum einen in der mangelnden Berücksichtigung der Ergebnisqualität sowie in den dichotomen Antwortvorgaben (ja/nein). Als Beispiel für die mangelnde Ergebnisqualität wird häufig das Thema 'Dekubitus' benannt: Mängel in der Dokumentation der Erkennung des Dekubitusrisikos oder der Prophylaxemaßnahmen führten zu einer mangelhaften Bewertung, selbst wenn in der gesamten Einrichtungen nachweislich keine/e Bewohner/in tatsächlich einen Dekubitus aufweist.

Die Frage, ob die Vereinbarung und Ihre Anlagen eine ausreichende Grundlage für eine faire und repräsentative Darstellung der Qualität von Pflegeeinrichtungen sind, beantworten daher auch 61,7 % (n = 277) der teilnehmenden Einrichtung mit einem klaren "Nein". Neben den bereits aufgeführten Kritikpunkten wie der zu starken Orientierung an der Dokumentation, der zu geringen Berücksichtigung der Ergebnisqualität usw., werden hier weitere Gründe benannt:

- § die generelle Ausrichtung in der Prüfung auf Defizite,
- § die grundsätzliche Bewertung von Teilergebnissen als "mangelhaft",
- § die schlechte Nachvollziehbarkeit von einzelnen Noten,
- § die zu geringe Repräsentativität der Stichprobe,
- § die nicht nachgewiesene Validität und Reliabilität der Kriterien.

Fazit aus den bisherigen Ergebnissen des Monitoring-Projekts

Die Pflege-Transparenzvereinbarungen stellen einen positiven Meilenstein für mehr Transparenz in der Pflege dar und fokussieren auf die kundenbezogenen Leistungsbereiche. Durch die Veröffentlichungen liegen deutlich mehr Informationen zur Qualität von Pflegeeinrichtungen vor als bisher. Vor allem beruhen diese Informationen weniger auf Meinungen und mehr auf nachvollziehbaren Fakten. Dies ermöglicht schon eine fundiertere und qualifiziertere Diskussion über Qualität, wie es bereits jetzt deutlich im Fachdiskurs spürbar wird. Daneben wurde die Transparenz des (unterschiedlichen) Prüfgeschehens deutlich erhöht, auf Basis von Fakten aus den Veröffentlichungen.

Dennoch gibt es - wie bereits in den Vereinbarungen festgehalten - auch Verbesserungspotenziale für die PTVS. Aufgrund der bisherigen Ergebnisse des BAGFW-Monitoringprojekts sowie den rückgemeldeten Fallbeispielen aus den Prüfungen zeichnen sich vor allem folgende Verbesserungsbedarfe ab:

1. Die einheitliche Umsetzung der MDK-Prüfungen und die vereinbarungsgemäße Prüfung und Bewertung der Transparenzkriterien ist deutlich zu verbessern.
2. Die stärkere Berücksichtigung des tatsächlichen Zustands der Pflegebedürftigen gegenüber reiner Dokumentationsqualität.
3. Die stärkere Berücksichtigung der Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen gegenüber den fachlichen Standards in der Bewertung der Prüfkriterien während der Prüfung.

4. Keine Prüfung und vor allem Bewertung von Kriterien, die in erster Linie der ärztlichen Verantwortung unterliegen.
5. Erhöhung der Repräsentativität der Stichproben
6. Validierung der Kriterien

Die Verbände der BAGFW