

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

## **Abschlussbericht 'Stationäre Pflege' (Stand: 7. Dezember 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 Erhebung lief von Anfang Januar bis Ende Oktober, wobei rückwirkend MDK-Prüfungen seit 1. Juli 2009 erfasst wurden. Für die Erhebung – das sog. BAGFW-Monitoring – wurde im Januar je ein Fragebogen ambulant und stationär an die Einrichtungen und Dienste in der Freien Wohlfahrtspflege versandt.

### ***Fragebogen-Rücklauf***

Der Rücklauf für die stationäre Pflege betrug mit Stand 31. Oktober 2010 insgesamt 366 Fragebögen. Davon konnten 362 in die Auswertung einbezogen werden und bilden die Grundlage dieses Abschlussberichts.

### ***Auswertungen***

Der Abschlussbericht '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

In den Abschlussbericht flossen erstmalig auch landes- bzw. MDK-spezifische Auswertungen mit ein. Die Ergebnisse dieser spezifischen Auswertungen werden jeweils innerhalb der vier Kernbereiche mit dargestellt, sofern signifikante Abweichungen der landes- bzw. MDK-spezifische Ergebnisse zum Gesamtergebnis vorliegen. Aufgrund des unterschiedlichen Rücklaufs aus den Ländern, wurden diese speziellen Auswertungen nur vorgenommen, wenn mindestens 20 Rückmeldungen aus dem jeweiligen Bundesland bzw. dem jeweiligen MDK-Einzugsbereich vorlag. Dies war der Fall in den Ländern Bayern, Baden-Württemberg, Hessen, Niedersachsen und Sachsen sowie für die MDK-Regionen Nord (Hamburg, Schleswig-Holstein), Nordrhein (Nordrhein-Westfalen) und Westfalen-Lippe (Nordrhein-Westfalen).

## 1. Angaben zur Stichprobe

Die 362 ausgewerteten Fragebögen stammen von stationären Pflegeeinrichtungen in Trägerschaft der Freien Wohlfahrtspflege (Tab. 1) aus allen 16 Bundesländern (Tab. 2) und allen MDK-Regionen (Tab. 3).

Tab. 1: Verbandliche Zugehörigkeit

Verbandliche Zugehörigkeit	in Prozent
Arbeiterwohlfahrt (AWO)	23,5
Caritasverband (DCV)	27,6
Deutsches Rotes Kreuz (DRK)	7,5
Paritätischer Wohlfahrtsverband (DPWV)	11,3
Diakonisches Werk der ev. Kirche in Deutschland (DW EKD)	30,1
Gesamt (n = 362)	100,0

Tab. 2: Rückläufe nach Bundesländern

Bundesland	in Prozent
Baden-Württemberg	15,6
Bayern	15,8
Berlin	0,5
Brandenburg	2,2
Bremen	1,6
Hamburg	2,5
Hessen	6,0
Mecklenburg-Vorpommern	1,9
Niedersachsen	7,7
Nordrhein-Westfalen	19,7
Rheinland-Pfalz	3,0
Saarland	3,0
Sachsen	7,4
Sachsen-Anhalt	2,5
Schleswig-Holstein	5,2
Thüringen	5,5
Gesamt (n = 362)	100,0 <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Bei den Summenangaben können rundungsbedingt geringfügige Abweichungen von 100% auftreten.

Tab. 3: Rückläufe nach MDK-Regionen

MDK	in Prozent
Baden-Württemberg	15,7%
Bayern	16,2%
Brandenburg	2,8%
Bremen	1,7%
Hessen	5,9%
Mecklenburg-Vorpommern	2,0%
Niedersachsen	7,6%
Nordrhein-Westfalen	0,3%
Rheinland-Pfalz	3,1%
Saarland	3,1%
Sachsen	7,3%
Sachsen-Anhalt	2,5%
Thüringen	5,3%
Westfalen-Lippe (NRW)	7,8%
Nordrhein (NRW)	11,5%
Nord (Hamburg, Schleswig-Holstein)	7,3%
Gesamt (n = 357)	100,0 <sup>1</sup>

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

Tab. 4: Anzahl der Pflegeplätze

Größe der stationären Pflegeeinrichtungen/Anzahl der Plätze	in Prozent
1 bis 50 Plätze	20,6
51 bis 100 Plätze	48,5
101 bis 150 Plätze	25,1
über 150 Plätze	5,8
Gesamt (n = 359)	100,0

Die zurück gemeldeten Erfahrungen der Einrichtungen (n = 359) beziehen sich auf 332 Regelprüfungen, 18 Anlassprüfungen und fünf Wiederholungsprüfungen. Bei vier Einrichtungen sind die Angaben zur Prüfart unklar, da sich die Angaben auf vermischte Prüfungsarten beziehen (Regel- und Anlassprüfung, Regel- und Wiederholungsprüfung).

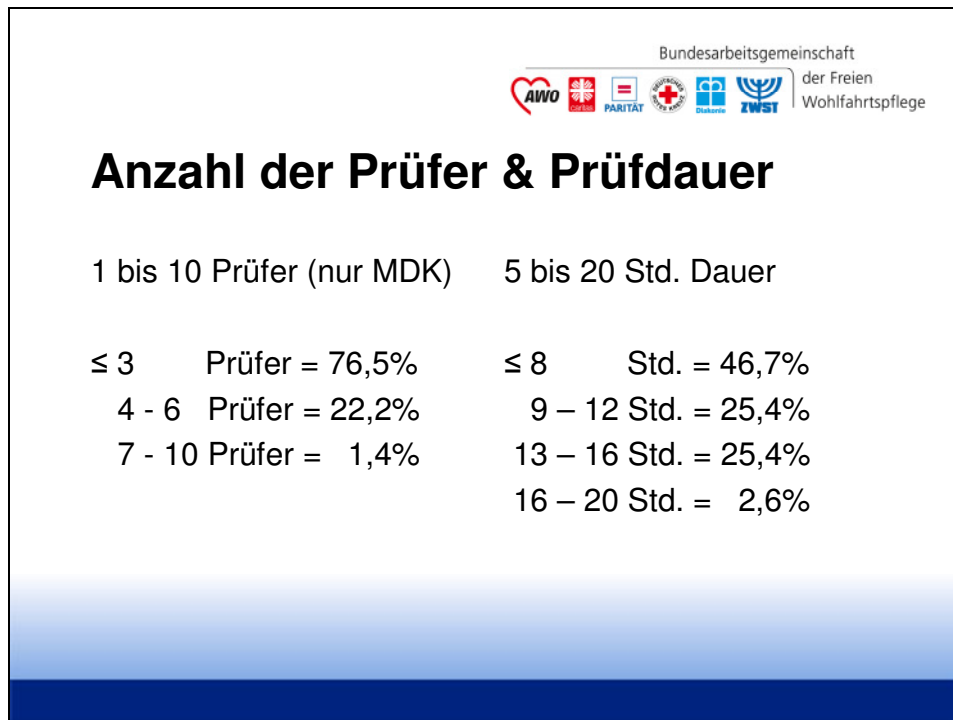
## 2. Verlauf der Prüfung

Voraussetzung für die Durchführung der Qualitätsprüfung nach §114 SGB XI (als Grundlage der Veröffentlichung nach § 115 Abs. 1a SGB XI), ist ein Prüfauftrag der Landesverbände der Pflegekassen bzgl. der zu prüfenden Einrichtung und der Angabe der Prüfart. Dieser Auftrag wird bei nur der etwas über der Hälfte der Einrichtungen zur Legitimation der Prüfung vorgelegt. Die Prüfart orientiert sich i. d. R. an die im Gesetz vorgegeben Prüfarten der Regel-, Anlass- und Wiederholungsprüfung (s. Tab. 5).

Hinsichtlich der Anzahl der Prüfer und der Prüfdauer in Stunden zeigt es sich, dass die Dauer der MDK-Prüfung in den einzelnen Einrichtungen je Bundesland bzw. je MDK im Durchschnitt zwischen fünf und 20 Stunden deutlich variiert. Die hohen Prüfdauern bilden aber eher die Ausnahme. Ähnlich große Unterschiede finden sich auch in der Anzahl der Prüfer des MDK einerseits, sowie in der Gesamtzahl an Prüfern (MDK und weitere Prüfinstitutionen wie bspw. Gesundheitsamt etc.) andererseits. Am häufigsten wurde die Anzahl von insge-

samt 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. 1: 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%. Muss bei der Bewohnerbefragung für nicht-auskunfts-fähige Bewohner/-innen entsprechend oben genannter Regel nachgezogen werden, geben aber immerhin 12% der Befragten an, dass in diesen Fällen davon abgewichen wird. Befragt werden dürfen ausschließlich die Bewohner/-innen selbst. Letzteres wurde immerhin in 4,5% der Prüfungen nicht eingehalten. Eine Analyse der Ergebnisse zur Einhaltung der Stichprobenregeln im Zeitverlauf lässt vermuten, dass es sich -zumindest zum Teil- um Anfangsschwierigkeiten des neuen Systems handelt.

Tab. 5: Prüfgrundlagen und Stichprobe

Monitoringfrage (Fallzahl)	"Nein-Antworten"
Wurde der schriftliche Prüfauftrag der Kassen zur Prüfung vorgelegt? (342)	42,4%
Wenn eine Regelprüfung stattfand, wurde diese im Prüfverlauf in eine Anlassprüfung umgewandelt? (347)	99,1%
Wurde die Regelung bei der Stichprobengröße (mind. 5 max. 15 Personen) eingehalten? (359)	1,4%
Wurde die Stichprobe ausschließlich anhand des Auswahlkriteriums 'Pflegestufe' gezogen? (359)	3,3%
Wurden bei der Bewohnerbefragung ausschließlich die Pflegebedürftigen selbst befragt? (357)	4,5%

Deutliche Unterschiede zwischen den Ländern bzw. MDK zeigten sich hier bei der Frage: "Wurde der schriftliche Prüfauftrag der Kassen zur Prüfung vorgelegt?" Während dies in der Gesamtstichprobe in 42,4% der Fälle nicht erfolgte, lag dieser Wert für Baden-Württemberg nur 22,6% in Westfalen-Lippe (NRW) dagegen bei 67,9% und in Sachsen sogar bei 84,6%. Eine Analyse der Ergebnisse im Zeitverlauf zeigt überraschenderweise, dass der Prüfauftrag tendenziell zunehmend weniger vorgelegt wird.

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 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 3/4 der Prüfungen nicht umgesetzt (Tab. 6).

Die Prüfung vor Ort endet mit einem Abschlussgespräch mit den MDK-Prüfern, das in fast allen vorliegenden Fällen stattfand. In fast 93% der Fälle wurden im Abschlussgespräch, zumindest teilweise, die Mängel benannt. Fast 78% der Einrichtungen geben an, dass die Rückmeldungen im Abschlussgespräch umfassend waren. Lediglich in 7,5% der Fälle erfolgte 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 Verbesserungsmaßnahme vorgeschlagen.

Tab. 6: 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? (343)	10,2%
Wenn erkennbar Ausnahmefehler (z. B. in der Dokumentation) vorlagen, wurde damit lt. Anlage 3 PTVS umgegangen? (312)	75,3%
Wurde ein Abschlussgespräch mit den MDK-Prüfern durchgeführt? (361)	0,8%
Wurden im Abschlussgespräch evtl. festgestellte Mängel von den MDK-Prüfern angesprochen? (353)	7,1%
Wurden die Prüfergebnisse im Abschlussgespräch von den MDK-Prüfern umfassend zurück gemeldet? (354)	21,2%

Bei der länder- bzw. MDK-spezifischen Auswertung ergeben sich hier folgende signifikanten Unterschiede zum Durchschnitt der Gesamtbefragung:

- Wenn erkennbar Ausnahmefehler (z. B. in der Dokumentation) vorlagen, wurde damit lt. Anlage 3 PTVS umgegangen?

Am Besten geht lt. dieser Befragung noch der MDK in Baden-Württemberg mit der Ausnahmefehler-Regelung um. Hier antworteten "nur" 64% der Befragten, dass die Regel nicht zur Anwendung kommt. Am wenigsten umgesetzt wird die Regelung in Sachsen, wo dies von 95,7% der Befragten entsprechend rückgemeldet wurde.

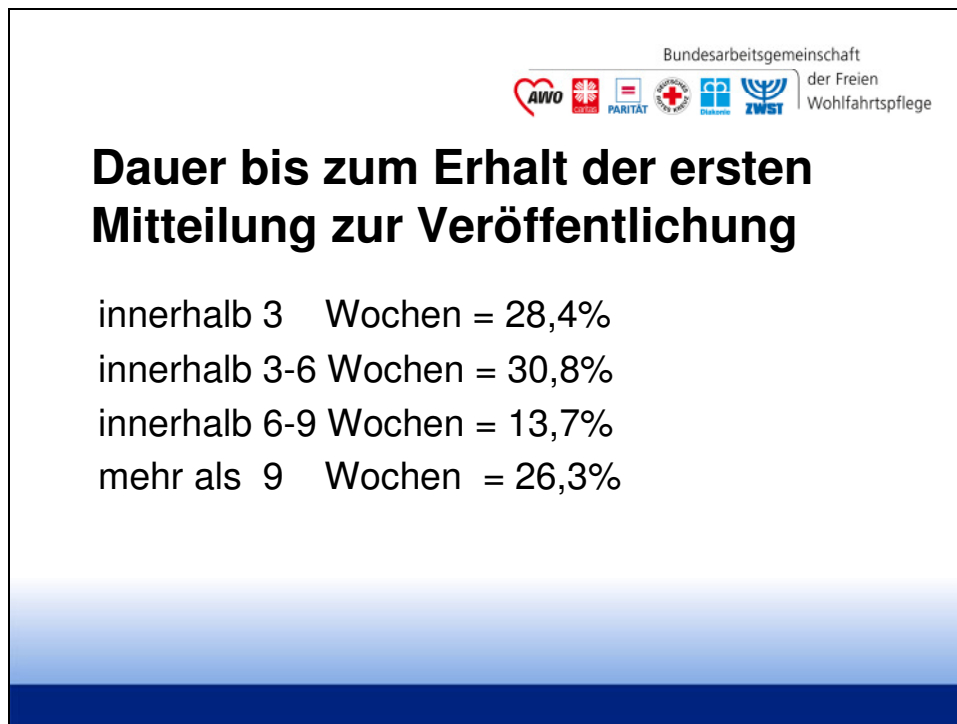
- Wurden die PTV-Fragen gemäß der Ausfüllanleitung der PTVS (Anlage 3) geprüft und bewertet?

Bei dieser Frage zeigte sich eine deutliche Abweichungen im Bereich des MDK Nordrhein, wo diese Frage gut doppelt so oft wie im Gesamtergebnis verneint wurde (Gesamt = 10,2%, MDK Nordrhein = 21,6%).

### 3. Verfahren der Daten- und Informationsübermittlung sowie zur Veröffentlichung

Im Kontext der Angaben zum Veröffentlichungsverfahren ist deutlich zu erkennen, dass lediglich 28,4% der Einrichtungen innerhalb von drei Wochen eine erste Mitteilung zur Veröffentlichung (= vorläufiger Transparenzbericht) erhalten haben. Bei 26,3% kam die erste Mitteilung sogar erst nach mehr als neun Wochen (Abb. 2).

Abb. 2: Dauer bis zum Erhalt der ersten Mitteilung zur Veröffentlichung (n = 335)



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 vom zuständigen Landesverband der Pflegekassen der Prüfbericht vor oder spätestens zeitgleich mit dem vorläufigen Pflege-Transparenzbericht zugestellt werden. In gut 11% der Fälle kam der Prüfbericht jedoch später als der vorläufige Pflege-Transparenzbericht (Tab. 7). Zur Illustrierung das Beispiel eines Trägers von stationären Pflegeeinrichtungen 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 gut 71% der Fälle ging die Eingabe der Einrichtungsangaben für den Transparenzbericht über die Datenbank der DCS 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 58,8% der Fälle zu Unstimmigkeiten und offenen Fragen bzgl. des vorläufigen Pflege-Transparenzberichtes gekommen war. Allerdings scheint die 28-Tagefrist kein Garant für eine einvernehmliche Klärung zu sein, denn dies gelingt nur in 57,7% der Fälle. Allerdings gibt es hier wieder regi-

onale Unterschiede in der Länderauswertung: Am häufigsten kommt es in Niedersachsen (78,6%) und Baden-Württemberg (63,3%) zu einvernehmlichen Klärungen, am seltensten im Bereich des MDK Westfalen-Lippe (29,4 %) und in Bayern (36,7 %). Dennoch geben bundesweit lediglich 4% der befragten Einrichtungen an, rechtliche Schritte gegen die Veröffentlichung einzuleiten.

Tab. 7: Prüfbericht und Veröffentlichung

Monitoringfrage (Fallzahl)	"Nein-Antworten"
Wann haben Sie die Mitteilung zur Veröffentlichung zeitgleich mit oder nach dem Prüfbericht erhalten? (352)	11,4%
Konnten Sie alle Eingaben zur Veröffentlichung im Rahmen des Online-Verfahrens reibungslos eingeben)? (345)	28,4%
Wurden alle Ihre Eingaben im Rahmen des Online-Verfahrens vollständig übernommen und veröffentlicht? (313)	16,9%
Wenn Unstimmigkeiten im Bericht vorlagen, konnte innerhalb der 28-Tage-Frist eine einvernehmliche Klärung herbeigeführt werden? (213)	42,3%

#### 4. Bewertung der PTVS

Für 68,9% (n = 431) der befragten Einrichtungen ist die Bewertung ihrer Einrichtung nachvollziehbar. Eine deutliche Abweichung der länderspezifischen Auswertung dazu gibt es nur in Hessen, wo die Zustimmung zu dieser Frage 90,5% beträgt. Der Frage nach der Einschätzung, ob die Prüfergebnisse zur PTV die Qualität der Einrichtung angemessen widerspiegeln, stimmen 57,2% zu. Allerdings wird in Kommentaren auch immer wieder darauf hingewiesen, dass Prüfergebnisse nur eine „Momentaufnahme“ zum Zeitpunkt der Prüfung darstellen können. Ferner gibt es in den länderspezifischen Ergebnissen eine breite Streuung. Die höchste Zustimmung findet sich in Niedersachsen und Baden-Württemberg, die geringste in Hamburg und Schleswig-Holstein (MDK Nord) sowie Sachsen und Bayern.

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

Tab. 8: Zustimmung zu den Qualitätsbereichen

Qualitätsbereich (Fallzahl)	Zustimmung
1. Pflege und medizinischen Versorgung (347)	60,5%
2. Umgang mit demenzkranken Bewohnern (342)	62,9%
3. Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung (347)	72,0%
4. Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene (349)	81,4%
5. Befragung der Bewohner/-innen (344)	75,9%

Statistisch signifikante Unterschiede in der Bewertung zeigen sich hierbei in Nordrhein-Westfalen (MDK Westfalen-Lippe), Hamburg und Schleswig-Holstein (MDK Nord) sowie Baden-Württemberg:

- Die Zustimmung zum Qualitätsbereich "Betreuung von demenzkranken Bewohnern" liegt im Bereich des MDK Westfalen-Lippe nur bei 40,7%.
- Die Zustimmung zum Qualitätsbereich "Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung" liegt im Bereich des MDK Nord nur bei 44%.
- Die Zustimmung zur Bewohnerbefragung fällt in Baden-Württemberg mit 60% deutlich geringer aus als in den Gesamtergebnissen aller teilnehmenden Einrichtungen.

Die Schwerpunktsetzung der PTVS auf den Qualitätsbereich 1 (35 von 82 Kriterien) halten 79,8% der Befragten (n = 351) für angemessen. Eine deutliche Abweichung dieser Bewertung ergibt die länderspezifische Auswertung für den Bereich des MDK Nordrhein. Hier halten nur 55% der Befragten diese Schwerpunktsetzung für angemessen. Insgesamt wird in Kommentaren eine Kritik an den Kriterien zur medizinischen Versorgung deutlich, da es sich hier um interdisziplinären Aufgaben handelt, bei denen 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 vollständig 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 Punkt "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 ¼ der Befragten erachten die derzeit angewendete Bewertungssystematik als geeignet (28,4%, n = 349). Besonders gering ist diese Zustimmung in den Bereichen des MDK Nordrhein (12,5%) und des MDK Nord (8%) ausgeprägt. 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 Einrichtung 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 61,8% (n = 340) der teilnehmenden Einrichtung mit einem klaren "Nein", im Bereich des MDK Nord sogar 91,3%. Mehrheitlich positive Zustimmung gibt es zu dieser Frage nur in Hessen (61,9%). In Niedersachsen liegt die Zustimmung bei genau 50% der Befragten.

Neben den bereits aufgeführten Kritikpunkten, wie der zu starken Orientierung an der Dokumentation, der zu geringen Berücksichtigung der Ergebnisqualität usw., werden hier weitere Mängel der Vereinbarung bzw. MDK-Prüfung 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 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 auch Kritik und Verbesserungspotenziale für die PTVS. Die unterschiedlichen Bewertungen in den Bundesländern bzw. MDK-Gebieten lassen aber darauf schließen, dass zumindest ein Teil der Kritik weniger auf die Vereinbarungen an sich zurückzuführen ist, sondern vielmehr auf spezifische Umsetzung in der Prüfpraxis der MDK und deren Prüfer vor Ort. Damit zeichnet sich als Ergebnis des BAGFW-Monitoring-Projekts sowie den zurück gemeldeten Fallbeispielen aus den Prüfungen ein wesentliches Verbesserungspotenzial vor allem in der Vereinheitlichung der MDK-Prüfungen und der vereinbarungsgemäßen Prüfung und Bewertung der Transparenzkriterien ab.

Verbesserungspotenziale für die PTVS sind darüber hinaus:

1. die stärkere Berücksichtigung des tatsächlichen Zustands der Pflegebedürftigen gegenüber reiner Dokumentationsqualität.
2. die stärkere Berücksichtigung der Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen gegenüber den fachlichen Standards in der Bewertung der Prüfkriterien während der Prüfung.
3. keine Prüfung und vor allem Bewertung von Kriterien, die in erster Linie der ärztlichen Verantwortung unterliegen.
4. Erhöhung der Repräsentativität der Stichproben
5. Validierung der Kriterien