

Fragen und Antworten zu den Pflegenoten



Warum gibt es jetzt Noten für die Qualität der Pflege?

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurde die Möglichkeit geschaffen, die für Verbraucher relevanten Prüfergebnisse der Medizinischen Dienste der Öffentlichkeit laienverständlich zugänglich zu machen. Zur einheitlichen Bewertung der Prüfergebnisse haben sich der GKV-Spitzenverband und die Vertreter der Leistungserbringer für eine Bewertungssystematik ähnlich der Schulnoten entschieden. Schulnoten kennt jeder aus seiner eigenen Erfahrung. Jeder weiß, was eine Eins oder eine Fünf bedeutet. Die Noten für Pflegequalität werden für mehr Transparenz bei den Angeboten von Heimen und Diensten sorgen. Auf einen Blick sollen Angehörige von Pflegebedürftigen sehen, ob die Dienstleister gute pflegerische Arbeit leisten, noch Entwicklungspotenzial haben oder Missstände abstellen müssen.

Wäre nicht eine Ampelbewertung besser gewesen als Noten?

Auch eine Ampellösung hätte sich aus unserer Sicht als klares, aussagekräftiges Instrument angeboten. In den Verhandlungen mit den Diensten und Heimen hat sich jedoch das Notensystem durchgesetzt. Das Notensystem ist jedoch auch für sich allein so aussagekräftig und differenziert, dass die Qualität der Pflegeeinrichtungen damit gut unterschieden werden kann.

Lehnen sich die Pflegenoten an die Schulnotensystematik an?

Ja. Die für die Transparenzvereinbarung herangezogene Notensystematik lehnt sich bewusst an die Schulnoten an. Bekannt ist ein solches Vorgehen der breiten Öffentlichkeit auch von der Bewertung von Dienstleistungen und Produkten durch die Stiftung Warentest. Es gibt die Noten sehr gut (1,0) bis mangelhaft (5,0). Auf die Verwendung der Note ungenügend wurde verzichtet, weil am unteren Ende eine weitere Differenzierung für die Verbraucher nicht hilfreich ist.

Fragen und Antworten zu den Pflegenoten



Wie entsteht die Gesamtnote in Heimen?

Basis für die Noten sind die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK). Diese Noten setzen sich aus insgesamt 82 Einzelbewertungen zusammen, die im Rahmen der gesetzlichen Überprüfung der Heime durch die Medizinischen Dienste der Krankenkassen ermittelt werden. Die Gesamtnote in der stationären Pflege wird aus 64 Einzelkriterien gebildet, die vier Qualitätsbereichen zugeordnet sind. Den Schwerpunkt bildet dabei der Bereich "Pflege und medizinische Betreuung". Aus diesem Bereich werden 35 Qualitätskriterien abgebildet. Außerdem werden noch die Ergebnisse der Themen "Umgang mit demenzkranken Bewohnern" (10 Kriterien), die "Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung" (10 Kriterien) sowie "Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene" (9 Kriterien) erfasst.

Jedes Kriterium wird mit Punkten auf einer Skala von 1 bis 10 bewertet. Pro Bereich wird aus diesen Punkten ein Mittelwert gebildet. Dieser ergibt eine bestimmte Note. Die Gesamtnote wird ermittelt, indem der Mittelwert der Punkte für die Kriterien 1 bis 64 errechnet und diesem eine Note zugeordnet wird.

Für den Nutzer nachvollziehbar hinterlegt ist die Zusammensetzung der Kriterien des Bereichs- sowie der Gesamtnote. Neben den numerischen Angaben (1,0 – 5,0) wird es auch eine verbale Erläuterung („sehr gut“ bis „mangelhaft“) geben. Die Bewohnerbefragung (18 Kriterien) fließt nicht in die Gesamtnote ein. Sie wird separat als Bereichsergebnis ausgewiesen. Um die Gesamtnote richtig einordnen zu können, wird auch ein Landesdurchschnitt aller Anbieter in dem Bundesland ermittelt.

Fragen und Antworten zu den Pflegenoten



Wie entsteht die Gesamtnote bei den Pflegediensten?

Basis für die Noten bilden die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK). Sie setzen sich aus insgesamt 49 Einzelbewertungen zusammen, die die MDK-Mitarbeiter im Rahmen der gesetzlichen Überprüfungen der Pflegedienste ermitteln. Die Gesamtnote in der ambulanten Pflege wird aus 37 Einzelkriterien gebildet, die drei Qualitätsbereichen zugeordnet sind. Den Schwerpunkt bildet der Bereich „pflegerische Leistungen“. Aus diesem Bereich werden 17 Qualitätskriterien abgebildet. Hinzu kommen die Ergebnisse der Themen „ärztlich verordnete pflegerische Leistungen“ (10 Kriterien) sowie „Dienstleistung und Organisation“ (10 Kriterien).

Jedes Kriterium wird mit Punkten auf einer Skala von 1 bis 10 bewertet. Pro Bereich wird aus diesen Punkten ein Mittelwert gebildet. Dieser ergibt eine bestimmte Note. Die Gesamtnote wird ermittelt, indem der Mittelwert der Punkte für die Kriterien 1 bis 37 errechnet und diesem eine Note zugeordnet wird.

Für den Nutzer nachvollziehbar hinterlegt ist die Zusammensetzung der Kriterien des Bereichs- sowie der Gesamtnote. Neben den numerischen Angaben (1,0 – 5,0) wird es auch eine verbale Erläuterung („sehr gut“ bis „mangelhaft“) geben.

Analog zur Bewertung von Pflegeheimen fließt die Kundenbefragung (12 Kriterien) nicht in die Gesamtnote ein. Sie wird separat als Bereichsergebnis ausgewiesen. Um die Gesamtnote richtig einordnen zu können, wird auch ein Landesdurchschnitt aller Anbieter in dem Bundesland ermittelt.

Fragen und Antworten zu den Pflegenoten



Warum werden die Bewohner/Kundenbefragung nicht in die Gesamtnote mit einbezogen?

Die Befragung der Heimbewohner und Kunden von Pflegediensten bietet die persönliche Sicht der Pflegebedürftigen sowohl auf die Pflegekräfte als auch auf Service und Einrichtung. Diese Aussagen stellen eine wichtige Ergänzung zu den Prüfergebnissen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen dar, deren Fokus verstärkt auf medizinisch-pflegerischen Aspekten liegt. Es ist methodisch sinnvoll, die fachliche Beurteilung auf der einen Seite von der subjektiven Beurteilung auf der anderen Seite deutlich zu trennen.

Was wird bei der Prüfung in den Heimen bewertet?

Die Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen werden inhaltlich in verschiedene Bereiche eingeteilt. Jeder Bereich wird mit einer Teilnote bewertet. In Heimen wird der Fokus auf vier Teilgebiete gelegt:

1. Pflege und medizinische Versorgung des Versicherten
2. Umgang mit demenzkranken Bewohnern
3. soziale Betreuung und Alltagsgestaltung
4. Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene.

Ergänzt werden diese objektiven Prüfergebnisse jeweils durch eine Heimbewohnerbefragung. Die Noten hierfür werden jeweils separat ausgewiesen.

Was wird bei der Prüfung von Pflegediensten bewertet?

Bei ambulanten Diensten wird eine Teilnote in drei Bereichen vergeben:

Fragen und Antworten zu den Pflegenoten



1. Pflegerische Leistungen
2. ärztlich verordnete pflegerische Leistungen (z. B. Arzneimittelverabreichung, Blutdruckmessung)
3. Dienstleistung und Organisation (z. B. Einhaltung des Datenschutzes, Schulung der Mitarbeiter).

Ergänzt werden diese objektiven Prüfergebnisse jeweils durch eine Kundenbefragung. Die Noten hierfür werden jeweils separat ausgewiesen.

Qualität wird in die drei Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unterteilt. Dies gilt auch für die Pflegequalität. Wird auf eine der drei Dimensionen besonderes Gewicht gelegt?
Der Schwerpunkt der Transparenzvereinbarung liegt eindeutig auf der Ergebnisqualität. Denn bei den Transparenzvereinbarungen geht es nicht um die Dokumentation, sondern um die pflegebedürftigen Menschen. Allerdings wird die Ergebnisqualität von der Struktur und Prozessqualität beeinflusst.

Im stationären Bereich sind die Kriterien des größten Bewertungsbereichs 1 „Pflege und medizinische Versorgung“ mit 35 Kriterien nahezu vollständig der Ergebnisqualität zuzuordnen. Im Bewertungsbereich 2 „Umgang mit demenzkranken Bewohnern“ gehören fünf der zehn Kriterien zur Ergebnisqualität. Die Bewertungsbereiche 3 „Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung“ (10 Kriterien) und 4 „Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene“ (9 Kriterien) bilden vorrangig die Prozess- und Strukturqualität ab. Hier wird beispielsweise gefragt, ob die Pflegeeinrichtung über ein Beschwerdemanagement oder ein Angebot zur Sterbebegleitung verfügt. Der Bewertungsbereich 5 „Befragung der Bewohner“ (18 Kriterien) bildet Ergebnisqualität aus der Sicht der Bewohner ab.

Fragen und Antworten zu den Pflegenoten



In der ambulanten Pflege ist diese Gewichtung zwischen Ergebnisqualität sowie Struktur- und Prozessqualität ähnlich verteilt.

Welchen Anteil bei der Prüfung hat die Begutachtung der Pflegedokumentation, welchen Anteil das Gespräch mit den Pflegebedürftigen und Pflegern?

Die Transparenzvereinbarung zielt darauf ab, dem Verbraucher ein umfassendes Bild von der Versorgung und Betreuung zu geben. Auch die Lebensqualität ist entscheidend.

Daher ist es notwendig, alle Blickwinkel zu berücksichtigen. Hierzu zählt insbesondere das persönliche Gespräch mit den Betroffenen, in dem der Gesamtzustand (körperlich und geistig) eingeschätzt wird, und auch das Gespräch mit dem Pflegepersonal sowie ggf. den Angehörigen. Bei der Bewertung fließt selbstverständlich auch die Pflegedokumentation mit ein. Nur so ist es möglich, eine umfassende Gesamtbetrachtung zu erreichen.

Können schlechte Einzelnoten in den wichtigen Versorgungsbereichen durch gute Noten in anderen Bereichen ausgeglichen werden?

Rein rechnerisch ist das bei den Noten für die Qualitätsbereiche und bei der Gesamtnote nicht auszuschließen, nicht hingegen bei den Einzelnoten. Da aber immer mehrere Kriterien für die wichtigen Bereiche der pflegerischen Versorgung erhoben werden, lassen sich gute wie auch schlechte Pflege erkennen.

So gibt es in der stationären Transparenzvereinbarung sechs Transparenzkriterien, die sich anhand verschiedener Aspekte mit dem Themenbereich Dekubitusrisiko, Vermeidung eines

Fragen und Antworten zu den Pflegenoten



Dekubitus und Versorgung eines Dekubitus bzw. chronischer Wunden befassen.

Zur Erfassung des Dekubitusrisikos werden alle Personen der 10-prozentigen Zufallsstichprobe berücksichtigt. Die Frage, ob die erforderlichen Dekubitus-Prophylaxen durchgeführt werden, bezieht sich nicht auf die vollständige 10-prozentige Stichprobe, sondern nur auf die Personen der Stichprobe mit Dekubitusrisiko. Würden beispielsweise bei drei von sechs Bewohnern mit Dekubitusrisiko die erforderlichen Prophylaxen nicht ausreichend erbracht, erhält das Kriterium die Note 4,1 auf der fünfstufigen Notenskala. Das wäre sicherlich kein befriedigendes Ergebnis für die Pflegeanbieter.

Wer prüft die Heime/Dienste?

Die Heime und Pflegedienste werden durch Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) geprüft. Alle 11.029 Heime und alle 11.500 Pflegedienste¹ in Deutschland sollen bis zum Jahresende 2010 einmal geprüft sein. Ab 2011 schreibt der Gesetzgeber jährliche Regelprüfungen durch den MDK vor.

Wie viele Personen prüfen in der Regel?

Das Prüfteam besteht in der Regel aus zwei Pflegefachkräften, die über Berufserfahrung und besonderes Know-How im Qualitätsmanagement verfügen. Diese Prüfer sind Mitarbeiter des regionalen MDK.

¹ Angaben laut Statistischem Bundesamt 2007

Fragen und Antworten zu den Pflegenoten



Wie lange dauert eine Prüfung (inkl. Vor- und Nachbereitung)?

Vor Ort sind die Prüfer, abhängig von der Größe der Pflegeeinrichtung, zwischen ein und zwei Tagen. Rechnet man Vor- und Nachbereitung einer solchen Prüfung hinzu, kommt man auf ca. fünf Arbeitstage, gerechnet auf eine Person; tatsächlich arbeiten natürlich mehrere Mitarbeiter an der Vor- und Nachbereitung einer Prüfung.

Wann wird eine Wiederholungsprüfung nötig?

Kommen die Prüfer in einer Anlass- oder Regelprüfung zu dem Ergebnis, dass das Heim/der Dienst weder den gesetzlich vorgegebenen Anforderungen an Pflege- und Servicequalität gerecht wird oder wissenschaftliche Standards in der Pflege nicht beachtet werden, können sie die Einrichtung verpflichten, diese Mängel bis zu einem bestimmten Termin abzustellen. Es erfolgt dann eine Wiederholungsprüfung. Es ist aber auch möglich, dass die Pflegeeinrichtung selbst eine Wiederholungsprüfung beantragt, damit die durchgeführten Verbesserungsmaßnahmen ihren Niederschlag in der Transparenzveröffentlichung finden und der Pflegeeinrichtung kein Wettbewerbsnachteil entsteht. Beide Varianten der Wiederholungsprüfung sind für die Pflegeeinrichtung kostenpflichtig.

Wie schnell kann nach einer Prüfung die Note veröffentlicht werden?

Die Note kann entsprechend den Transparenzvereinbarungen ca. vier bis fünf Wochen nach der Prüfung abschließend veröffentlicht werden.

Fragen und Antworten zu den Pflegenoten



Wie werden die Bewohner/Kunden ausgewählt, die in die Prüfung einbezogen werden?

Die Bewohner von Heimen und ambulanten Pflegediensten werden vor Ort nach einem Zufallsprinzip durch das Prüfteam ausgewählt. Um eine Vergleichbarkeit zwischen den Einrichtungen zu gewährleisten, wird diese Stichprobe nach der Pflegestufenverteilung in der Pflegeeinrichtung geschichtet. D. h., wenn bei 20 Prozent der Bewohnerinnen und Bewohnern einer Pflegeeinrichtung die Pflegestufe 3 festgestellt wurde, dann müssen auch in der Zufallsstichprobe 20 Prozent Pflegebedürftige mit Stufe 3 berücksichtigt sein. In die Prüfung werden in der Regel zehn Prozent der Pflegebedürftigen sowohl bei Heimen als auch bei Diensten einbezogen, mindestens jedoch 5 und maximal 15. Damit wird eine aussagekräftige Stichprobe gewährleistet.

Werden die Heime und Dienste vorab informiert, dass sie geprüft werden?

In der Vergangenheit war es in einigen Bundesländern so, dass die Heime vorab informiert wurden. Seit Juli 2008 prüfen die Medizinischen Dienste die Heime und Pflegedienste grundsätzlich unangemeldet.

Was heißt „gleichwertige Prüfung“?

Neben den Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) können Pflegeeinrichtungen oder deren Träger auch private Anbieter mit einer externen Qualitätsprüfung beauftragen. Diese muss den Qualitätsanforderungen der MDK-Prüfung entsprechen. Handelt es sich dabei um Prüfungen, die den Qualitätsanforderungen der Pflegekassen entsprechen, können diese so genannten gleichwertigen Prüfungen die Prüfung durch den MDK inhaltlich reduzieren. Diese Möglichkeit zur Kürzung der MDK-Prüfung

Fragen und Antworten zu den Pflegenoten



besteht für Teile der Struktur- und Prozessqualität. Die Ergebnisqualität prüft der MDK jedoch auch bei diesen Einrichtungen. Die Anforderungen an gleichwertige Prüfungen werden von den Vertragspartnern (GKV-SV, Leistungserbringerverbände, kommunale Spitzenverbände) festgelegt.

Eine wesentliche Anforderung an diese Prüfverfahren muss sein, dass auch deren Prüfergebnisse regelmäßig veröffentlicht werden. Und zwar auch dann, wenn die Prüfung nicht erfolgreich bzw. die Ergebnisse schlecht waren.

Warum durften die Pflegeleistungserbringer mitentscheiden über das Bewertungssystem?

Das Sozialgesetzbuch schreibt in den Paragraphen 114 Abs. 7 sowie 115 Abs. 1a SGB XI vor, dass die maßgeblichen Verbände der Leistungserbringer gemeinsamen mit dem GKV-SV, den kommunalen Spitzenverbänden und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe die Kriterien und die Bewertungssystematik vereinbaren.

Wann werden die ersten Prüfungen nach neuem Prüfschema durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung erfolgen?

Die ersten Prüfungen nach neuem Prüfschema werden Anfang Juli 2009 erfolgen.

Fragen und Antworten zu den Pflegenoten



Wie viele werden bis Ende 2009 eine Prüfung durchlaufen haben?

Von Juli 2008 bis Ende 2009 müssten ca. 50 bis 60 Prozent der zugelassenen Einrichtungen geprüft worden sein, wenn das Ziel des Gesetzgebers, bis Ende 2010 jede Einrichtung einmal geprüft zu haben, erreicht werden soll. Wir sind da auf einem guten Weg.

Wann werden die ersten Noten für Pflegeheime und Pflegedienste vergeben?

Nachdem die neue Prüfrichtlinie durch das Bundesgesundheitsministerium bestätigt wurde, können nun die Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nach dem neuen Fragenschema erfolgen. Die ersten Prüfergebnisse dürften im Spätsommer veröffentlicht werden.

Wer veröffentlicht die Pflegenoten?

Für die Veröffentlichung der Pflegenoten sind laut Gesetz die Landesverbände der Pflegekassen zuständig (§ 115 Abs. 1a SGB XI). Sie sollen die Leistungen der Pflegeanbieter für Pflegebedürftige und deren Angehörige verständlich, übersichtlich und vergleichbar im Internet veröffentlichen. Ein besonderer Akzent soll bei der Darstellung der MDK-Prüfergebnisse auf die Ergebnis- und Lebensqualität gelegt werden, schreibt der Gesetzgeber vor. Auch die Pflegeanbieter sind verpflichtet, die Prüfergebnisse an gut sichtbarer Stelle zu veröffentlichen.

Wann werden alle Noten vorliegen?

Alle Heime und Pflegedienste sollen bis Ende 2010 durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung überprüft

Fragen und Antworten zu den Pflegenoten



werden. Das erfolgt Schritt für Schritt. Also wird es auch erst nach und nach für alle Einrichtungen Noten geben. Rückwirkend können keine Noten vergeben werden, weil die bisherigen Prüfgrundlagen des MDK nicht vollständig die Transparenzsystematik abbilden.

Warum dauert es so lange, bis die Noten vorliegen?

Der Startschuss für mehr Transparenz in der Pflege fiel im Sommer 2008. Mit Inkrafttreten der letzten Pflegereform begannen der GKV-Spitzenverband und die Vertreter der Pflegeheime und -dienste, Schritt für Schritt die Umsetzung zu organisieren. Nach nicht immer einfachen Gesprächen verständigten sich beide Seiten im Herbst 2008 auf die grundlegende Entscheidung, Pflegenoten einzuführen. Im Anschluss daran konnten Ende 2008 (stationär) bzw. Anfang 2009 (ambulant) die konkreten Kriterien verabschiedet werden, anhand derer die Qualität bewertet werden soll. Bis Ende April 2009 wurde die Prüfanleitung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen an die neuen Kriterien angepasst. Für die Anpassung der Qualitätsprüfungs-Richtlinien hatte der GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit dem MDS und den Pflegekassen einen Vorschlag unterbreitet und diesen Mitte Mai im Rahmen einer Anhörung zur Diskussion gestellt. Innerhalb weniger Wochen erfolgten die Auswertung und eine Anpassung der Prüfrichtlinien, die die Grundlage der Qualitätsprüfungen für den ambulanten wie stationären Bereich bilden. Das BMG hat die Richtlinien Ende Juni genehmigt. Erst danach können die Prüfungen starten.

Was passiert, wenn ein Heim/Dienst schlechte Noten erhält?

Hat eine Pflegeeinrichtung gravierende Mängel, erteilen die Landesverbände der Pflegekassen der Pflegeeinrichtung nach einer Anhörung einen Bescheid, in dem den Pflegeeinrichtungen

Fragen und Antworten zu den Pflegenoten



Maßnahmen zur Beseitigung der Mängel auferlegt werden. Diese sind mit einer Frist versehen. Werden die Maßnahmen nicht umgesetzt, können die Landesverbände der Pflegekassen den Versorgungsvertrag mit der Pflegeeinrichtung kündigen. In schwerwiegenden Fällen ist dies auch fristlos unmittelbar nach einer Prüfung des MDK möglich. Voraussichtlich wird es sich bei solchen Einrichtungen um Pflegeeinrichtungen mit sehr schlechten Noten handeln.

Wer entscheidet über eine Heim-/Dienstschließung?

Über die Schließung eines Heimes entscheidet die jeweilige Heimaufsicht des Bundeslandes. Welche regionale Behörde das im Einzelfall ist, variiert von Bundesland zu Bundesland. In zehn Bundesländern gibt es eine Art Ländermodell, in sechs Bundesländern dagegen ist die Heimaufsicht der Kommunalverwaltung (Kreisen und Gemeinden) zugeordnet. In aller Regel agieren Pflegekassen und Heimaufsichten in solchen Fällen miteinander. Wenn der Versorgungsvertrag durch die Pflegekassen gekündigt wird, wird auch angestrebt, dass das Heim durch die Heimaufsicht geschlossen wird.

Wie schnell kann ein Heim/Dienst geschlossen werden?

In extremen Notsituationen innerhalb weniger Stunden. In der Regel sollten Mängel jedoch früh auffallen, damit die Möglichkeit besteht, sie ohne Schaden für die Heimbewohner und Kunden von Diensten abzustellen.

Was passiert mit den Heimbewohnern/Kunden, wenn ein Heim/Dienst geschlossen wird?

Die Pflegekassen können den Versicherten andere Pflegedienste oder Heime empfehlen. Wenn ein Heim von der Heimaufsicht

Fragen und Antworten zu den Pflegenoten



geschlossen wird, wird das Heim von der Heimaufsicht geräumt und die Bewohner in andere Heime verlegt.

Müssen neue Prüfer eingestellt werden?

Um die erhöhte Prüffrequenz nach dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz umsetzen zu können, haben die MDK bereits im Jahre 2008 teilweise begonnen, ihr Prüfpersonal aufzustocken. Dieser Prozess wird sich schrittweise bis 2011 fortsetzen, sodass ab 2011 jährlich alle Pflegeeinrichtungen einmal geprüft werden können.

Wie viel kostet eine Prüfung durch den MDK?

Eine vollständige Prüfung kostet insgesamt etwa 4500 Euro.