



Spitzenverband

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 sollen 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.

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 Hei-



Spitzenverband

me 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.

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

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 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. der Umgang mit demenzkranken Bewohnern



Spitzenverband

3. soziale Betreuung und Alltagsgestaltung
4. Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene.

Bei ambulanten Diensten wird eine Teilnote in drei Bereichen vergeben:

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

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

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.

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.

¹ Angaben laut Statistischem Bundesamt 2007



Spitzenverband

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.

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 Prüftteam 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.



Spitzenverband

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 besteht für Teile der Struktur- und Prozessqualität. Die Ergebnisqualität prüft der MDK jedoch auch bei diesen Einrichtungen. Die Anforderungen an gleichwertige Prüfungen sollen nach dem Gesetz von den Vertragspartnern (GKV-SV, Leistungserbringerverbände, kommunale Spitzenverbände) bis zum 31. März 2009 entwickelt werden.

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 und 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 aller Voraussicht nach im Mai 2009 erfolgen. Bis dahin sollen die Transparenzvereinbarungen in den Prüfrichtlinien des MDK eingearbeitet worden sein.



Spitzenverband

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?

Sobald die neue Prüfrichtlinie durch das Bundesgesundheitsministerium bestätigt ist, können 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 Angehörigen 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 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 derzeitigen Prüfgrundlagen des MDK nicht vollständig die Transparenzsystematik abbilden.

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 Maßnahmen zur Beseitigung der Mängel auferlegt werden. Diese Maßnahmen sind mit einer Frist versehen. Werden die Maßnahmen nicht umge-



Spitzenverband

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

Wo können sich Interessierte über die Pflegenoten informieren?

Die Veröffentlichungspflicht für die Prüfergebnisse nach den Transparenzvereinbarungen liegt bei den Landesverbänden der Pflegekassen. Geplant ist, dass es eine bundesweite Datenbank mit qualitätsgesicherten Inhalten geben wird. Diese soll dann als einheitliche Basis für die standardisierte Veröffentlichung zu festen Terminen auf der jeweiligen Landesebene dienen.



Spitzenverband

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 wird es darum gehen, die Prüfanleitung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen an die neuen Kriterien anzupassen. Parallel dazu muss die technische Datenlieferung und -darstellung organisiert werden.

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.