



Analyse
Bewertung der Empfehlungen des
Abschlussberichts zur Entwicklung des neuen
„Pflege-TÜV“

Analyse

Bewertung der Empfehlungen des Abschlussberichts zur Entwicklung des neuen „Pflege-TÜV“

auf Grundlage des Ende Oktober 2018 veröffentlichten Abschlussberichts

Wingenfeld et. al.: Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI in der stationären Pflege. Abschlussbericht im Auftrag des Qualitätsausschuss Pflege. Bielefeld/Göttingen 3. September 2018.

Stand 14.11.2018

Kontakt

Dr. Stefan Etgeton
Senior Expert Programm
Versorgung verbessern – Patienten informieren
Bertelsmann Stiftung
Telefon +49 30 31987050-16
Telefax +49 5241 81-681314
stefan.etgeton@bertelsmann-stiftung.de
www.bertelsmann-stiftung.de

Johannes Strotbek
Senior Projektmanager
Weisse Liste gemeinnützige GmbH
Telefon +49 30 31987050-20
Telefax +49 30 31987050-40
johannes.strotbek@weisse-liste.de
www.weisse-liste.de

Titelbild: © Weisse Liste / Juliane Werner

Inhalt

1	Zusammenfassung	5
2	Die wichtigsten Empfehlungen – was jetzt geschehen sollte	6
3	Detailbewertung aus Verbrauchersicht	8
3.1	„Online First“	9
3.2	Einführung eines verpflichtenden Strukturberichts mit Merkmalen, die die Lebensqualität beeinflussen können	10
3.3	Personalbezogene Indikatoren erheben und veröffentlichen	11
3.4	Darstellung der Pflegequalität: Warnen und Empfehlen ist besser als ein gradueller Vergleich	12
	Fachlich fragwürdige Grundsatzentscheidungen zur Darstellung	12
	Fehlende Zusammenfassung	12
	Darstellung der Ergebnisqualitätsindikatoren	13
	Darstellung der MDK-Prüfergebnisse	14
3.5	Erschließung und Veröffentlichung des Erfahrungswissens von an der Pflege Beteiligten	17
3.6	Open Data-Prinzip und effizientes Datenmanagement	18

Vorbemerkung

Die vorliegende Diskussion und Bewertung bezieht sich in erster Linie auf die Qualitätsberichterstattung und die unmittelbar damit zusammenhängenden Voraussetzungen.

Die Bewertung und abgeleiteten Empfehlungen erfolgen aus Sicht der Verbraucher. Maßstab und Grundlage ist das „Reformkonzept verbraucherorientierte Qualitätsberichterstattung in der Pflege“, das die Bertelsmann Stiftung in ihrem Projekt Weisse Liste erarbeitet hat. Das Konzept ist veröffentlicht unter

⇒ **www.weisse-liste.de/public-reporting-pflege**

und umfasst auch einen Prototyp für die Online-Darstellung sowie eine Vorschlagsliste für zu erhebende Daten.

Nicht tiefergehend bewertet werden die Auswahl und Prüfmethode der Indikatoren der Ergebnisqualität sowie der Prüfkriterien und -aspekte der künftigen externen Prüfung durch den MDK. Diese Kritik sollte im wissenschaftlichen Diskurs erfolgen, was Transparenz über das Zustandekommen der Ergebnisse voraussetzt.

Die angegebenen Seitenzahlen beziehen sich auf den Abschlussbericht, Verweise auf dieses Dokument.

1 Zusammenfassung

Trotz verbesserter Prüfmethode kommen die Belange der Verbraucher bei der vorgeschlagenen Qualitätsberichterstattung zu Pflegeheimen zu kurz.

Noch Ende 2018 will der sogenannte Qualitätsausschuss Pflege Beschlüsse zum neuen „Pflege-TÜV“ fassen. Der zugrunde liegende wissenschaftliche Abschlussbericht liegt nun vor¹. Erste Prüfergebnisse werden allerdings frühestens Ende 2020 zu erwarten sein.

Insgesamt würde die Umsetzung der im Bericht vorgeschlagenen Empfehlungen einen Fortschritt gegenüber den als gescheitert geltenden Pflegenoten bedeuten. Die Empfehlungen zur künftigen Qualitätsberichterstattung zu Pflegeheimen genügen allerdings in vielerlei Hinsicht nicht den Anforderungen einer verbraucherorientierten Qualitätsberichterstattung und weisen teilweise erhebliche konzeptionelle Schwächen auf.

Problematisch ist insbesondere, dass das Gutachten Vorgaben zur Darstellung der Qualitätsergebnisse macht, ohne dass Expertise im Bereich (digitaler) Verbraucherkommunikation zu Rate gezogen wurde. Die Präsentation der Ergebnisse im Internet erscheint als Zweitnutzung eines schriftlichen Berichts und nicht, wie es heute Standard sein sollte, als vorrangiger Informationskanal. Die wenigen Anmerkungen zur Darstellung gehen nicht von einer Pluralität der Informationsanbieter und einem Wettbewerb um gute Darstellungslösungen aus, sondern sind erkennbar von dem Wunsch geprägt, auch die Interpretation und Präsentation der Ergebnisse restriktiv zu steuern. Das würde es unabhängigen Informationsanbietern unmöglich machen, die Qualitätsergebnisse verbraucherfreundlich aufzubereiten.

Obwohl der Gesetzgeber eine wissenschaftliche Ausarbeitung vorsieht, wurden schon bei der Erarbeitung der Empfehlungen durch die beteiligten Experten und Interessenvertreter Kompromisse ausgehandelt – häufig zulasten der Verbraucherinteressen, die nicht sachgerecht gegenüber den Interessen der Einrichtung und methodischen Problemen abgewogen wurden.

Besonders gravierend ist, dass das Bewertungssystem für das Prüfergebnis des MDK gezielt so angelegt wurde, dass Einrichtungen trotz festgestellter Auffälligkeiten die bestmögliche Bewertung erhalten können, mit der Begründung, Fehler seien „fester Bestandteil der sozialen Wirklichkeit“ (S. 81), während gleichzeitig darauf hingewiesen wird, dass diese auch von „suboptimalen Voraussetzungen wie eine knappe Personalausstattung“ begünstigt werden.

Zudem wurden bestimmte Angaben und Prüfergebnisse von der Veröffentlichung ausgeschlossen oder ihre Veröffentlichung gar nicht erst in Betracht gezogen, weil die Information angeblich schwer verständlich sei, für ihre Vermittlung eine andere Art der Darstellung zu konzipieren wäre oder schlicht weil „andere zuständig“ sind. Beispiel: Freiheitsentziehende Maßnahmen ohne Einwilligung oder richterliche Genehmigung werden festgestellt, aber nicht veröffentlicht – obwohl dies bislang der Fall war.

Verbraucher können ehrliche Prüfergebnisse verkraften. Sie verstehen, dass die Arbeit von Pflegekräften nicht gänzlich fehlerfrei sein kann. Schwer verständliche Sachverhalte dürfen nicht einfach aus Bequemlichkeit unter den Tisch fallen, sondern müssen verständlich aufbereitet werden.

¹ Wingenfeld et. al.: Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI in der stationären Pflege. Abschlussbericht im Auftrag des Qualitätsausschuss Pflege. Bielefeld/Göttingen 3. September 2018. Hinweis: Der Abschlussbericht ist seit Ende Oktober 2018 unter <https://www.gs-qa-pflege.de/unsere-aktuellen-projekte/> veröffentlicht. Es existieren jedoch 3 Zwischenberichte, die nicht veröffentlicht wurden, jedoch diverse Informationen und Ausarbeitungen enthalten, auf die im Abschlussbericht verwiesen wird. Es ist also gegenwärtig nicht abschließend nachvollziehbar und bewertbar, wie die Vorschläge zustande gekommen sind.

Die zugrundeliegende Prüfsystematik ist gleichwohl ein guter und wichtiger Schritt in die richtige Richtung, um Qualitätsunterschiede besser zu erfassen. Sie besteht aus drei Bausteinen:

- 10 Indikatoren zur Ergebnisqualität, die durch die Einrichtung bei allen ihren Bewohnern halbjährlich zu erheben sind (z.B. Erhaltung der Selbstständigkeit und Mobilität, schwerwiegende Sturzfolgen, Entstehung von Druckgeschwüren).
- 15 Qualitätsaspekte, die der Medizinische Dienst der Krankenkassen an einer kleinen Stichprobe von etwa 6 Bewohnern überprüft und bewertet (z.B. Mobilität, Umgang mit Schmerzen, Medikamentenversorgung, Körperpflege, Ernährung, nächtliche Versorgung) sowie weitere 6, die nicht auf einer Begutachtung von Bewohnern beruhen (z. B. Begleitung Sterbender).
- Zusätzliche Informationen, die die Einrichtungen bereitstellen sollen und nicht überprüft werden, nämlich 12 Angaben zum Personal sowie 25 zur Ausstattung, Größe, Versorgungsschwerpunkten oder weiteren Besonderheiten.

Der Gesetzgeber sowie das rechtsaufsichtführende Bundesministerium für Gesundheit ist gefordert, eine verbraucherorientierte Weiterentwicklung des Verfahrens und die Bedingungen für eine echte Pluralität der Informationsanbieter sicherzustellen.

Diese Aufgabe sollte künftig nicht mehr den bisherigen Akteuren überlassen, sondern in unabhängige Hände gelegt werden. Nur so kann sich der Gesetzgeber aus dem gegenwärtigen Teufelskreis lösen, dass es ohne detaillierte gesetzliche Vorgaben keinerlei Fortschritt gibt, genau diese Vorgaben jedoch dazu beitragen, dass die Weiterentwicklung unsachgemäß eingeengt wird, die Akteure die Vorgaben denkbar eng auslegen und ohnehin nur das Nötigste tun – zu Lasten der Verbraucher.

2 Die wichtigsten Empfehlungen – was jetzt geschehen sollte

Die vorgeschlagene Qualitätsprüfung und Datenerhebung sollte zügig eingeführt, dann schrittweise auf Grundlage der fachlich-wissenschaftlicher Debatte weiterentwickelt werden.

- Die vorgeschlagene Mess- und Prüfsystematik ist ein deutlicher Fortschritt gegenüber dem heutigen System, auch wenn es aus der Wissenschaft Kritik und Weiterentwicklungspotenzial gibt.
- Es wird eine Anlaufzeit geben, sodass erste Qualitätsinformationen voraussichtlich erst Ende 2020 vorliegen werden.
- Perspektivisch sollte auch geprüft werden, inwieweit das Erfahrungswissen der an der Pflege Beteiligten (wieder) erhoben und die Qualitätsberichterstattung integriert werden kann.
- Mittelfristig sollte die Qualitätsmessung über Routinedaten forciert und entsprechende Instrumente entwickelt werden.
- Nach wie vor wird in der Qualitätsbewertung sehr stark auf die gesundheitsbezogene Pflegequalität abgestellt. Der seit 01.01.2017 geltende gesetzliche Auftrag, auch die Lebensqualität zu berücksichtigen, sollte endlich ernsthaft angegangen werden. Insbesondere die stationären Pflegeeinrichtungen sind ein Lebensort, nicht „nur“ ein Pflegeort.

Es bedarf weitergehender Regelungen, um Falschangaben, Nichtangaben oder eine böswillige Beeinflussung der Ergebnisse zu vermeiden.

- Die Selbstauskünfte der Einrichtungen sollten verpflichtend und vollständig abzugeben sein.
- Die Selbstauskünfte sollten stichprobenhaft vom MDK überprüft werden, insbesondere die Angaben zum Personal.

- Falschangaben, fehlende Angaben, verspätete Angaben oder anderweitig fehlende Mitwirkung von Einrichtungen sollten sanktioniert werden. Erfahrungen aus dem Krankenhausbereich zeigen die Notwendigkeit wirksamer Sanktionen.
- Falls sowohl zur MDK-Prüfung als auch zur Erhebung von Ergebnisqualitätsindikatoren die Einwilligung der Bewohner erforderlich ist, könnten bestimmte Einrichtungen versucht sein, auf die Einwilligung von Bewohnern mit absehbar negativem Ergebnis Einfluss zu nehmen und so das Ergebnis zu verfälschen. Das aus dem ambulanten Sektor in der Praxis bekannte Vorgehen sollte wirksam ausgeschlossen werden.

Die Systematik der Qualitätsbewertung sollte vor der Veröffentlichung sprachlich und methodisch präzisiert werden, um die Aussagekraft zu erhöhen.

- Dringend geboten ist eine Überarbeitung der Bewertungssystematik. Gelungene Teile der im Abschlussbericht vorgeschlagenen Systematik können übernommen werden, so die Bewertung der Ergebnisqualitätsindikatoren mit nur leichten Modifikationen sowie die Unterteilung der MDK-Prüfergebnisse in unterschiedlich risikobehaftete Auffälligkeiten und Defizite.
- Mittelfristig sollten – das ist im Abschlussbericht nur angedeutet, aber begrüßenswert – „nationale Qualitätsziele“ definiert werden, die fachliche Referenz und Schwellenwerte der Bewertung der Ergebnisqualität nicht aufgrund statistischer Setzungen vornehmen, sondern anhand einer fachlichen Konsentierung. Zu Recht wird im Abschlussbericht darauf verwiesen, dass diese Konsentierung frei von Partikularinteressen sein muss (S. 42, S. 43), was unter der gegenwärtigen Governance nicht realistisch ist.

Die (digitale) Informationsvermittlung sollte den Informationsanbietern überlassen bleiben. Die Beschlüsse und Regelungen zur Informationsvermittlung dürfen nutzer-orientierte digitale Lösungen zur Informationsvermittlung nicht behindern.

- Nach dem „Online-First-Prinzip“ sollten digitale Vermittlungslösungen nicht nur ermöglicht, sondern als primärer Informationskanal eingestuft werden.
- Sämtliche Prüfergebnisse müssen im Sinne von „Open Data“ frei zugänglich sein, damit Informationsanbieter die Zahlen und Daten so aufbereiten können, wie es den Nutzern am besten hilft.
- Auf Darstellungsvorgaben, die über die Festlegung einer Qualitätsbewertungssystematik hinausgehen, sollte verzichtet werden, da sie eine nutzerindividuelle und kontextsensitive digitale Informationsvermittlung behindern oder gar unmöglich machen.
- **Darstellungsvorgaben dürfen weder in den Qualitätsdarstellungsvereinbarungen, noch in den Nutzungsbedingungen für eine Datennutzung durch berechtigte Dritte enthalten sein.**
 - Eine je nach Kontext und Interesse der Nutzer unterschiedliche Aufbereitung oder inhaltliche Schwerpunktsetzung ist im Interesse der Nutzer.
 - Sie ist auch rechtlich nicht zu beanstanden, sofern Datenquellen und Zustandekommen von Aussagen transparent sind. Zum Schutz der Einrichtungen genügt es, dass die Vereinbarungspartner sich selbst und berechtigte Dritte auf die gesetzlichen Gebote der Wettbewerbsneutralität, der zweckgerichteten Nutzung und das Verbot der missbräuchlichen Nutzung verpflichten. Daneben sorgen die allgemeinen Gesetze dafür, dass Informationsanbieter Pflegeanbieter gleich behandeln müssen und Informationen sachgerecht, nicht verzerrend oder irreführend darstellen dürfen, wie die Rechtsprechung zur „Stiftung Waren-test“ zeigt.

Es bedarf mittelfristig eines neuen Anlaufs zur Konzeption der Qualitätsberichterstattung aus Verbrauchersicht.

- Ausgangspunkt sollten das Verbraucherinteresse sowie die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen sein.

- Mit der Erarbeitung der Qualitätsberichterstattung sollten nicht nur wie bislang Pflegewissenschaftler, sondern auch weitere wissenschaftliche Disziplinen – etwa Kommunikationswissenschaften, Linguistik, Informationsdesign, aber auch Verbraucher- und Medizin-recht – sowie einschlägige Experten betraut werden. Praktiker des Public Reporting sollten beratend mitwirken.
- Das noch auszuarbeitende Konzept für die Qualitätsberichterstattung muss in der Lage sein, getroffenen „Entscheidungen“, bestimmte Prüfkriterien oder Qualitätsergebnisse von der Veröffentlichung auszuschließen, rückwirkend zu revidieren.

Es darf keinen Zeitraum ohne öffentlich verfügbare Qualitätsinformationen geben.

- Die neue Qualitätsprüfungsrichtlinie (QPR) muss Übergangsregelungen zum bisherigen MDK-Prüfsystem inkl. Pflegenoten enthalten, sodass Verbrauchern durchgängig geprüfte Qualitätsinformationen zur Verfügung stehen.
- Es ist aus Verbrauchersicht wünschenswert und geboten, die Gesamt- und Bereichsnoten des bisherigen Systems kurzfristig abzuschaffen, nicht hingegen die Veröffentlichung der zugrundeliegenden Prüfergebnisse des bisherigen Systems.
- Es ist keinesfalls sinnvoll, eine Art „Karenzzeit“ oder „Abklingzeit“ zu vereinbaren, in denen keine Qualitätsinformationen veröffentlicht werden. Es ist ein Denkfehler zu glauben, Verbraucher müssten sich erst von einem System der Qualitätsberichterstattung zum anderen „umgewöhnen“ oder würden bisherige Noten mit neuen Bewertungen vergleichen (zumal nicht abermals Noten als Bewertungsschema gewählt werden dürften).

Es sind gesetzliche Anpassungen erforderlich. Die Konzeption der Qualitätsberichterstattung gehört endlich in unabhängige Hände. Die Debatte um Qualitätsprüfung und Qualitätsberichterstattung muss öffentlich geführt werden.

- Gegenwärtig steht zu befürchten, dass der Kreis aus Kassen und Anbietern („Qualitäts-ausschuss“) in seinen Beschlüssen zur Qualitätsberichterstattung trotz der Beratung der Betroffenenverbände den Verbraucherinteressen abermals zu wenig Beachtung schenkt.
- Die Arbeit des Qualitätsausschusses findet unter Ausschluss der Öffentlichkeit statt. Die wissenschaftlichen Arbeiten werden nicht vollständig veröffentlicht. Sowohl die Ausschussmitglieder wie die mitberatend beteiligten Betroffenenvertreter sind grundlos zur Verschwiegenheit verpflichtet (was allein für Sachverhalte bezüglich Ausschreibungsverfahren angemessen wäre). Das verhindert sogar den fachlichen Austausch innerhalb der beteiligten Verbände. Eine intransparente Entwicklung widerspricht der Logik des Beratungsgegenstandes und schränkt den fachlichen Diskurs grundlos ein.
- Seit Einführung der „Pflegenoten“ 2009 zeigt sich, dass Pflegekassen und Anbieter ohne konkrete gesetzliche Vorgaben keine Fortschritte bei der Qualitätsberichterstattung machen.
- Detailreiche gesetzliche Vorgaben führen aber auch zur Problematik, dass nur diese Vorgaben erfüllt werden und wissenschaftliche (Auftrags-)Arbeit entsprechend eingeengt wird.

3 Detailbewertung aus Verbrauchersicht

Im „Reformkonzept verbraucherorientierte Qualitätsberichterstattung in der Pflege“ hat die Weisse Liste sechs Kernanforderungen für die Reform des „Pflege-TÜV“ erarbeitet.

Das Konzept ist veröffentlicht unter www.weisse-liste.de/public-reporting-pflege und umfasst auch einen Prototyp für die Online-Darstellung sowie einer Vorschlagsliste für zu erhebende Daten.

Im Folgenden werden die nun vorliegenden Vorschläge aus dem Abschlussbericht gemessen an den im Reformkonzept erarbeiteten Anforderungen diskutiert und bewertet.

3.1 „Online First“

Bewertung:

Es wird nicht „Online First“ gedacht und konzipiert. Für die fachlichen und technischen Anforderungen an eine digitale Qualitätsberichterstattung fehlt den Akteuren erkennbar das nötige Grundverständnis. Die erarbeiteten Vorschläge sind nicht sachgerecht und verhindern verbraucherorientierte digitale Lösungen. Solche Lösungen finden auf unterschiedlichsten Endgeräten statt, sind Teil von Apps, digitalen Patientenakten oder Datenbanken von Beratungsstellen oder ermöglichen eine kontext- und nutzersensitive Aufbereitung in Online-Geschäftsstellen der Krankenkassen oder in Transparenzportalen.

Nicht gelungen:

- Die rudimentären Vorschläge zur Online-Qualitätsberichterstattung umfassen lediglich eine Seite. Es ist die Rede von einem „vorgesehenen webbasierten Informationsangebot“, das allerdings nicht näher beschrieben wird.
- Grundlage soll – wie bisher – ein vielseitiger Bericht (26 Seiten) sein, von dem aus der Versuch unternommen wird, bestimmte „Ansichten“ für eine Internetdarstellung abzuleiten.
- Drei „Formen“ innerhalb des „webbasierten Informationsangebots“ sind vorgesehen (S. 242), davon zwei, die als pdf-Datei letztlich eine papierähnliche Berichtsform darstellen:
- Ein Standarddokument, das im PDF-Format vorliegt,
- eine „webbasierte Lösung“, die eine Selektion von Informationen und einen Einrichtungsvergleich gestatten soll, sowie
- ein individuell gestaltbares Dokument, das ebenfalls im PDF-Format verfügbar sein soll.

Problematisch:

- Ein „individuell gestaltetes Dokument“, das aufgrund von Interaktionen mit den Nutzern erstellt werden soll, ist ein praxisferner Vorschlag, der am heutigen Nutzungsverhalten vorbeigeht.
- Den weiteren Ausführungen ist nicht zu entnehmen, welche Gestaltungsspielräume bzw. inhaltliche Grenzen künftigen digitalen Informationsangeboten eingeräumt werden sollen, was etwa die Aggregation von Ergebnissen, die Selektion, die grafische Gestaltung und die Anwendung von Features wie Filter- und Sortierfunktionen betrifft.
- Es steht zu befürchten, dass mit dem Beschluss von „Qualitätsdarstellungsvereinbarungen“ und „Daten-Nutzungsbedingungen“ für Dritte restriktive Darstellungsvorgaben gemacht werden, auf deren Grundlage eine kontext-, medien- und nutzersensitive Informationsvermittlung unter Berücksichtigung unterschiedlicher digitaler Endgeräte unmöglich wird.
- Beispiele für die vielfältigen digitalen Vermittlungswege sind kontextsensitive (auf die Pflegesituation des Versicherten zugeschnittene Informationen) Darstellungen in Online-Geschäftsstellen der Pflegekassen, bei Selbsthilfeverbänden, in Apps oder elektronischen Patientenakten, über unterschiedliche Endgeräte aber auch klassische Informationsportale. Hinzu kommen voicebasierte Angebote und die Herausforderung, die Funktionsweise und Informationsangebote großer Suchmaschinen wie Google zu berücksichtigen, die per Algorithmus Daten extrahieren und selbstständig aufbereiten.
- Zudem wurden grundsätzliche Anforderungen digitaler Datennutzung und -aufbereitung außer Acht gelassen.
 - Beispielsweise sollen Fremdsprachenkenntnisse oder fachliche Weiterbildungen des Personals in Freitextfeldern erfasst werden, was eine Filtermöglichkeit nach diesen Aspekten technisch ausschließt.
 - Einrichtungsangaben sollen offenbar halbjährlich aktualisiert werden, statt gewisse Informationen (Telefonnummer) tagesaktuell zu halten.

- Es werden Informationen abgefragt, bei denen der Weg über eine aufwändige Selbst-auskunft der Einrichtung unsinnig ist, beispielsweise die Entfernung zur nächsten Haltestelle und Abfahrtszeiten des öffentlichen Nahverkehrs, die den Nutzern statt dessen über digitale Services angeboten werden können.

Wichtig:

- Von Vorgaben zur Darstellung, die über die Definition einer Bewertungssystematik – gemeint ist beispielsweise die Abgrenzung Auffälligkeit/Defizit/Mangel, sowie Grenz- und Schwellenwerte – hinausgehen, ist dringend abzuraten.
- Insbesondere Darstellungs- und Design-Vorgaben für digitale Informationsangebote sollten unterbleiben.
 - Zum einen sind solche Festlegungen angesichts der Vielfalt an Möglichkeiten, Wegen und Kanälen der digitalen Informationsvermittlung am „point of need“ zum Scheitern verurteilt.
 - Zum anderen würden solche Festlegungen die Entwicklung neuer, auf konkrete Bedürfnisse und Nutzungskontexte der Verbraucher ausgerichtete Informationsangebote ohne Not einschränken, da sie nie die im Individualfall auftretenden Herausforderungen hinsichtlich Technik, Informationsdesign und Grafik antizipieren und damit lösungsorientiert unterstützen könnten.

3.2 Einführung eines verpflichtenden Strukturberichts mit Merkmalen, die die Lebensqualität beeinflussen können

Bewertung:

Gut ist, dass neben den Qualitätsergebnissen künftig auch diverse zusätzliche Einrichtungs-informationen veröffentlicht werden sollen. Ob dabei systematisch an alle verbraucherrelevanten Aspekte, die die Lebensqualität der Bewohner beeinflussen können, gedacht wurde, muss allerdings bezweifelt werden.

Wenn Einrichtungen zudem nicht verpflichtet werden, vollständige, korrekte und pünktliche Angaben zu machen und diese auch nicht stichprobenartig geprüft werden, ist zu befürchten, dass viele Einrichtungen sich den – einmaligen – Aufwand sparen werden oder „schwarze Schafe“ Falschangaben machen.

Obwohl der Gesetzgeber dies vorschreibt, wurde die Frage, wie Aspekte der Lebensqualität in die Qualitätsberichterstattung aufgenommen werden können, nicht bearbeitet. Neben der schwierigen Frage nach entsprechenden „Messmethoden“ wäre es zumindest möglich gewesen, systematisch solche Einrichtungsmerkmale (Strukturmerkmale) zu veröffentlichen, die die Lebensqualität der Bewohner beeinflussen können.

Positiv:

- Es wurde richtigerweise berücksichtigt, dass Verbrauchern nicht nur eine (gesundheits-bezogene) Qualitätsbewertung wichtig ist, sondern dass sie sich auch für diverse andere Merkmale der Einrichtung interessieren, die ihnen persönlich wichtig sind.
- Besonders wertvoll: Es sollen auch Angaben zum Personal gemacht werden (siehe dazu 3.3)

Problematisch:

- Die Angaben sollen nicht extern überprüft werden.
- Im Fall der Nichtbereitstellung von Strukturangaben („Zusatzangaben“) ist offenbar gegenwärtig vorgesehen, „Keine Angabe“ zu veröffentlichen. Das ist aus Verbraucherperspektive eine ungenügende

Regelung. Auch im Interesse der Versorgungsforschung ist eine vollständige und korrekte Datengrundlage erforderlich.

- Ob und inwieweit, bei der Auswahl der zur Veröffentlichung bestimmten Merkmale die in der Literatur benannten Qualitätsdimensionen der Lebensqualität systematisch berücksichtigt wurden, ist im Abschlussbericht nicht erkennbar.
- Es drängt sich stellenweise der Eindruck auf, dass weitgehend einer Liste der bereits heute auf den Portalen der Pflegekassen veröffentlichten freiwilligen Selbstangaben gefolgt wurde.

3.3 Personalbezogene Indikatoren erheben und veröffentlichen

Bewertung:

Gut ist, dass erstmals Personalangaben veröffentlicht werden sollen. Solange diese aber nur auf vertraglich vereinbarten oder gesetzlichen Soll-Werten beruhen, statt auf dem tatsächlich eingesetztem Personal und zudem Vergleichswerte fehlen, bleibt deren Aussagekraft begrenzt. Zudem sollen diese nicht extern geprüft werden, was geboten ist, um Falschangaben auszuschließen.

Positiv:

- Es ist sehr zu begrüßen, dass Personalangaben quantitativer und qualitativer Art veröffentlicht werden sollen.
- Im positiven Sinne über die Anforderungen in diesem Prüfstein hinaus geht der Vorschlag, den Einsatz von Zeitarbeit sowie ansatzweise die Fluktuation zu veröffentlichen. Dies ist zu begrüßen, da der dabei unterstellte häufigere Personalwechsel sich auf die Qualität der Pflege und Betreuung auswirken kann. Hier ist jedoch auf Grundlage der tatsächlichen Angaben der Einrichtungen zu prüfen, wie belastbar und aussagekräftig die Angaben sein werden und welche Varianz der Ergebnisse sich zeigen wird.

Problematisch:

- Die vorgeschlagenen Angaben beziehen sich auf vertraglich vereinbarte Soll-Werte, also wieviel Personal eingesetzt werden soll bzw. welche Fachkraftquote vorgeschrieben ist, nicht jedoch auf die Ist-Werte, also auf das tatsächlich anwesende Personal bzw. die tatsächliche Fachkraftquote, gemessen beispielsweise anhand von Stellen- oder Dienstplänen. Dies schränkt die Aussagekraft enorm ein. Verbraucher darauf hinzuweisen, dass die Vorgaben nicht eingehalten wurden, ist dadurch unmöglich.
- Die Angaben sind für Verbraucher zudem schwer zu interpretieren, da Referenzwerte fehlen, beispielsweise Durchschnittswerte des Personalschlüssels oder die Fluktuationsquote (anstatt der absoluten Anzahl der Mitarbeiter, die die Einrichtung verlassen haben oder seit 10 Jahren dort im Einsatz sind).
- Auch wurde kein konzeptioneller Versuch unternommen, das fachliche Qualifikationsprofil anhand einer Zusammenfassung verständlich vergleichbar zu machen.
- Problematisch ist zudem, dass die Personalangaben nicht von einer externen Stelle geprüft werden sollen, weder flächendeckend noch stichprobenartig im Kontext der MDK-Prüfung. Dies lässt bei diesem sensiblen Aspekt zu großen Spielraum für sanktionsfreie Falschangaben.
- Die Personalangaben sollten zumindest stichprobenartig überprüft und Falschangaben sanktioniert werden.

3.4 Darstellung der Pflegequalität: Warnen und Empfehlen ist besser als ein gradueller Vergleich

Fachlich fragwürdige Grundsatzentscheidungen zur Darstellung

Bei der Erarbeitung der Qualitätsdarstellung bleiben elementare Erkenntnisse der wissenschaftlichen Literatur oder Beispiele anderer Länder offenbar unberücksichtigt oder werden negiert. So wurden alle Darstellungsformen ausgeschlossen, die sich „in anderen Bereichen etabliert haben“.

Folgendes Zitat aus dem Abschlussbericht zeigt problematische Grundentscheidungen der Autoren:

„Für die Darstellung der Versorgungsergebnisse sowie der Prüfergebnisse wurden Schulnoten, die mit der Assoziation zur Schule zwar vertraut sind, jedoch durch die öffentliche Diskussion um ihre Aussagekraft in der derzeitigen ‚Pflege-Noten‘ in Verruf geraten sind, diskutiert, jedoch wieder verworfen. (...) Darüber hinaus wurde darauf verwiesen, nichts zu verwenden, was bereits im Kontext der Ergebnisdarstellung von Qualität in der Pflege in Deutschland zur Anwendung gekommen ist oder sich in anderen Bereichen etabliert hat. Auf Grund dessen wurde auch die visuelle Darstellung anhand von Sternen, wie sie im amerikanischen System zur Anwendung kommt, verworfen. Die Assoziation mit Hotelbewertungen und deren Leistungen lässt sich nicht auf die Bewertung der Qualität einer Pflegeeinrichtung übertragen (S. 241)“.

Nicht nachvollziehbar ist insbesondere, weshalb Lösungen und Optionen zum Informationsdesign von Qualitätsangaben allein deshalb nicht infrage kommen sollen, weil sie „in anderen Bereichen etabliert“ sind. (Dass eine Bewertung mit Sternen heutzutage in denkbar vielen Kontexten genutzt und von Verbrauchern verstanden wird, scheint den Autoren und Diskutanten entgangen zu sein). Umgekehrt sollte geprüft werden, welche Arten der Qualitätsdarstellung sich in anderen Kontexten bewährt haben, wozu es auch in Deutschland entsprechende Forschungsarbeiten und im Ausland praktische Vorbilder gibt. Gleichwohl ist von einer Festlegung auf derartige Darstellungselemente im Rahmen der jeweiligen Vereinbarungen dringend abzuraten.

Fehlende Zusammenfassung

Bewertung:

Die vorgeschlagene Bewertungssystematik erfüllt nicht hinreichend die Funktion, Verbrauchern eine Empfehlung zu geben oder sie vor „schwarzen Schafen“ deutlich zu warnen. Es fehlt eine Zusammenfassung, die auf einen Blick erfassbar macht, ob es Mängel gibt oder alles in Ordnung ist – ohne wie bei den Pflegenoten einen Durchschnitt zu bilden, der Unterschiede nivelliert. Wie bisher soll der Verbraucher aus bis zu 25 Seiten langen Listen erkennen können, ob es für ihn relevante Qualitätsmängel gibt.

Problematisch:

- Es fehlt eine zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse, die den Verbrauchern eine Orientierung über die Vielzahl der fachspezifischen Prüfkriterien und Qualitätsaspekte liefert.
- Eine Unterscheidung zwischen Einrichtungen, die herausragend gut abschneiden und „schwarzen Schafen“ ist für den durchschnittlich informierten Verbraucher nahezu unmöglich.
- Eine solche Zusammenfassung darf selbstverständlich nicht wie die bisherigen Pflegenoten die Ergebnisse nivellieren (etwa über einen Durchschnitt), sondern könnte beispielsweise aufzeigen, wenn alle Ergebnisqualitätsindikatoren besser als der Durchschnitt liegen und bei den MDK-Prüfergebnissen keine Qualitätsmängel mit negativen Folgen für die Bewohner festgestellt wurden. Eine Zusammenfassung sollte eher als Lesehilfe, denn als summarische Bewertung konzipiert und verstanden werden.

Bei der weiteren kritischen Bewertung der Vorschläge ist zu unterscheiden zwischen den MDK-Prüfergebnissen, den Ergebnisqualitätsindikatoren und den sog. Zusatzinformationen, also Strukturmerkmalen.

Darstellung der Ergebnisqualitätsindikatoren

Es ist zu begrüßen, dass über eine Vollerhebung bei allen Bewohnern der Einrichtung Indikatoren der sogenannten Ergebnisqualität, also was Pflege bewirkt, gemessen werden. Es ist sogar zu vermuten, dass Qualitätsunterschiede mit der Veröffentlichung dieser Indikatoren besser als bislang sichtbar werden.

Auswahl und Methodik der Indikatoren sollten wissenschaftlich weiterentwickelt werden.

Die Bewertungskategorien der zehn Ergebnisqualitätsindikatoren sollten sprachlich präziser benannt werden, beispielsweise wäre „leicht schlechter als der Durchschnitt“ verständlicher als „leicht unter dem Durchschnitt“. Ohnehin sollte die Einteilung in besser oder schlechter nicht anhand des durchschnittlichen Qualitätsniveaus erfolgen, sondern anhand pflegfachlicher Qualitätsziele. Interessenvertreter dürfen diese nicht beeinflussen.

Positiv:

- Richtig ist, bei der Darstellung der Ergebnisqualitätsindikatoren, die methodisch quantitativ in Relation zum Markt darstellbar sind, eine Transformation in Gruppen (Quantile in Relation zu einem Referenzwert) vorzunehmen, um ein besseres Verständnis der Bewertung zu ermöglichen.
- Vorgeschlagen wird eine 5-er-Skala:
 - „Ergebnisqualität weit über dem Durchschnitt“
 - „Ergebnisqualität leicht über dem Durchschnitt“
 - „Ergebnisqualität nahe dem Durchschnitt“
 - „Ergebnisqualität leicht unter dem Durchschnitt“
 - „Ergebnisqualität weit unter dem Durchschnitt“
- Zu begrüßen ist auch, dass der zugrundeliegende erreichte Wert in Prozent veröffentlicht wird.
- Diese Erhebung beruht auf eine Vollerhebung bei allen Bewohnern, was die Aussagekraft erhöht.

Problematisch:

- Der Bezug zu einem Durchschnitt birgt Interpretationsprobleme. So kann die mittlere Bewertungskategorie „nahe beim Durchschnitt“ als „normal“ oder „in Ordnung“ interpretiert werden, während eine „mittleres Qualitätsniveau“ gemeint ist.
- Zumindest sollten daher die vorgeschlagenen Bezeichnungen der Quantile verständlicher formuliert werden, von beispielsweise „leicht unter dem Durchschnitt“ in „leicht schlechter als der Durchschnitt“.
- Der Begriff „Ergebnisqualität“ ist nicht allgemeinverständlich und sollte „übersetzt“ werden.
- Die Qualität der Einrichtung sollte nicht allein rechnerisch, also im Vergleich zum Durchschnitt bewertet werden, sondern gegenüber fachlich definierten Qualitätszielen. Dafür ist es aber laut Abschlussbericht erforderlich, dass solche Setzungen ohne Einfluss der Interessengruppen vorgenommen werden können, was gegenwärtig nicht möglich sei.
- Die Entscheidung, welche Lösung zur Herleitung von Referenz- und Schwellenwerten wünschenswert sei, ließe sich laut den Autoren des Abschlussberichts nicht wissenschaftlich entscheiden. Zitat: „Hier ist abzuwägen, worin die zentralen Ziele eines indikatoren gestützten Systems bestehen sollen (S. 43)“. Eine solche Abwägung, etwa wie deutlich Qualitätsunterschiede sichtbar gemacht werden sollen, fand im Kontext der wissenschaftlichen Arbeit offensichtlich nicht statt.
- Die zugrundeliegenden absoluten Werte, beispielsweise bei wie vielen Bewohnern Verbesserungen/Verschlechterungen festgestellt und wie viele Bewohner in die Erhebung einbezogen wurden, sollte ebenfalls veröffentlicht werden, um das Zustandekommen der Ergebnisse plausibel und damit vertrauenswürdig zu machen.

- Die Frage, welche Form der Risikoadjustierung gewählt werden soll, wurde offenbar kontrovers diskutiert. Im Ergebnis wurde ein vermeintlich besser verständliches, letztlich aber vor allem methodisch einfacheres Modell gewählt, nämlich grobe Bewohnergruppen zu bilden (Stratifizierung) statt mehrere Faktoren einzuberechnen (Regressionsmodell), obwohl letzteres laut anderer wissenschaftlicher Empfehlungen exaktere Ergebnisse brächte. Zitat: „Für eine Stratifizierung spricht aus Sicht mehrerer Experten, dass sie bei der Darstellung der Ergebnisse einfacher zu verstehen ist. Eine Darstellung, die einen Bezug zu der tatsächlich betroffenen Bewohnerzahl zulässt, wird insgesamt als vorteilhafter empfunden als ein abstrakter Zahlenwert. Darüber hinaus stellt die Gruppenbildung einen zusätzlichen Informationsgewinn dar, da z. B. zwischen Bewohnern mit und ohne kognitive Beeinträchtigungen unterschieden wird. (...) Die an dieser Stelle positiv hervorgehobenen Eigenschaften der Stratifizierung wurden in den Expertengruppen auch kontrovers diskutiert. Angeführt wurde z. B., dass zwei Ergebnisse zu einem Indikator zu Missverständnissen führen können und die Einschätzung der Versorgungsqualität einer Einrichtung erschweren (S. 62)“. Die methodische Diskussion der Optionen zur Risikoadjustierung sollte nicht mit der Diskussion der Darstellungsfrage vermengt werden. Zunächst gilt es, das Erkenntnisinteresse der Verbraucher zu klären, konkret, ob eine Unterscheidung der Versorgungsergebnisse hinsichtlich unterschiedlicher Bewohnergruppen geboten ist, was jedoch in eine breitere Diskussion führt, da es eine Vielzahl möglicher Gruppen gibt (neben kognitiv beeinträchtigten Bewohnern etwa auch Bewohner mit Behinderungen oder bestimmten Pflegebedarfen). Dem Nutzerbedarf folgend sollten aussagekräftige, ggf. risikoadjustierte Daten generiert werden, die dann verständlich aufbereitet werden müssen.

Darstellung der MDK-Prüfergebnisse

Bewertung:

Künftig sollen fachlich sinnvollere Aspekte (15 Aspekte mit dahinterstehenden Leitfragen) geprüft werden, statt wie bislang stark auf die Dokumentation zu schauen. Doch die Übersetzung der Prüfergebnisse in eine verständliche und aussagekräftige Bewertung ist nicht gelungen.

Das System wurde absichtlich so gestaltet, dass Einrichtungen trotz diverser Auffälligkeiten die bestmögliche Bewertung erhalten können. Gänzlich mängelfreie Einrichtungen sind für Verbraucher nicht erkennbar. Einrichtungen mit bis zu 15 geringfügigen Fehlern werden fehlerfrei gleichgestellt. Der Kniff: Einzelne Fehler ohne Risiko für Bewohner zählen nicht und führen zur Bewertung „keine oder geringe Auffälligkeiten“. Weil solche Fehler ganz normal, quasi menschlich seien, dürften Einrichtungen allein aufgrund solcher Fehler nicht schlecht bewertet werden. Die Problematik tritt auch bei den folgenden Bewertungsstufen auf. Beispielsweise führen sowohl genau ein festgestellter Gesundheitsschaden als auch zwei Qualitätsdefizite mit dem Risiko negativer Folgen zu derselben Bewertung „moderate Qualitäts-mängel“. Bei einer Einrichtung, die 15 mal die Bewertung „moderate Qualitätsdefizite“ erhielt, könnten also schlimmstenfalls 15 eingetretene Gesundheitsschäden (!) oder bestenfalls 30 risikobehaftete Defizite ohne eingetretene negative Folgen festgestellt worden sein.

Dabei wäre eine differenziertere Bewertung möglich, weil erstmals eine sinnvolle, nachvollziehbare Unterscheidung in Mängel entwickelt wurde, nämlich in solche mit und ohne Risiko negativer Folgen.

Verbraucher können es sehr wohl verkraften und verstehen, dass die Arbeit von Pflegekräften nicht gänzlich fehlerfrei sein kann. Sie werden dadurch auch nicht ungerechtfertigt verängstigt und Einrichtungen nicht ungerechtfertigt in ein schlechtes Licht gerückt, wenn die Schwere der Fehler – beispielsweise mit oder ohne Risiken für Bewohner – offengelegt und alle Einrichtungen gleich behandelt werden.

Darüber hinaus sind die Bewertungskategorien schwer verständlich und unpräzise. Beispielsweise wird auf der Bewertungsskala zwischen „erhebliche Qualitätsdefizite“ und „schwerwiegende Qualitätsdefizite“ unterschieden,

wobei „erheblich“ und „schwerwiegend“ sich schon mit einem Blick in den Duden als Synonyme entpuppen und der Begriff „Defizit“ verschleiern, dass es sich dabei auch um eingetretene Gesundheitsschäden handeln kann.

Positiv:

- Sinnvolle Abkehr von der Prüfung der Dokumentation hin zum fachlichen Blick auf die Versorgung.
- Gelungene Klassifizierung der Auffälligkeiten/Defizite in Kategorien.
 - A) Keine Auffälligkeiten oder Defizite
 - B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den Bewohner erwarten lassen
 - C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den Bewohner
 - D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den Bewohner
 - Mit dieser Klassifizierung wäre eine gute Grundlage für das Prinzip „Warnen und Empfehlen“ gelegt
 - Eine weitere Klassifizierung in „systemische Fehler“ und „Einmalfehler“ wurde – obwohl hilfreich – offenbar aufgrund von Schwierigkeiten bei der praktischen Umsetzung nicht weiter verfolgt.
- Zu begrüßen: Begriff „negative Folgen“ umfasst nicht nur Gesundheitsschäden, sondern auch eine regelmäßig nicht bedarfs- oder bedürfnisgerechte Versorgung.
- Die Art und Anzahl der gefundenen Auffälligkeiten/Defizite wird in eine Qualitätsbewertung transformiert.

Problematisch:

- Die Prüfung beruht auf einer kleinen Stichprobe an Bewohnern, in der Praxis ca. 6, was die Aussagekraft für die gesamte Einrichtung schmälert.
- Fraglich ist, ob einzelne der den zur Veröffentlichung bestimmten Qualitätsaspekten der MDK-Prüfung zugrundeliegenden Leitfragen nicht selbst von so gewichtigem Informationswert für die Verbraucher sind, dass ihre jeweiligen Prüfergebnisse veröffentlicht werden sollten. Ein Beispiel dafür ist die Leitfrage, ob bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen notwendige Einwilligungen oder richterliche Anordnungen vorliegen. Das Ergebnis soll weder in die Bewertung einbezogen, noch veröffentlicht werden. Zitat: „Erfasst wird außerdem, ob eine Einwilligung und richterliche Genehmigungen bzw. eine richterliche Anordnung vorliegen. Sollten bei einer freiheitsentziehenden Maßnahme keine Einwilligung und richterliche Genehmigungen bzw. keine richterliche Anordnung vorliegen, dann wird dies erfasst, fließt aber nicht in die Beurteilung des Inhaltes ein, da es sich um eine ordnungsrechtliche Frage handelt, die der Prüfer nicht beurteilen sollte (S. 131)“.
- Über gesamthafte Einschätzungen der Prüfer zu den Qualitätsbereichen 5 („Bedarfsübergreifende fachliche Anforderungen“) und 6 („Organisationsaspekte und internes Qualitätsmanagement“) soll es keine Veröffentlichungen geben, obwohl es etwa um die Frage geht, ob die Einrichtung mit Risiken und Gefahren für die Bewohner angemessen umgeht, ob Hygienevorschriften befolgt werden oder ob die Pflegedienstleitung fachlich hinreichend qualifiziert ist. Im Abschlussbericht wird festgehalten, die Ergebnisse betreffen „grundlegende Dinge“, die auf Leitungsebene zu besprechen seien. Sie beruhen auf einem Gesamteindruck, nicht auf einer Begutachtung einzelner Bewohner. Die fraglichen Aspekte wurden aus drei Gründen von der Veröffentlichung ausgeschlossen:
- Sie seien für Verbraucher schwer verständlich: Zitate: „Der Qualitätsaspekt 6.1 (...) [„Qualifikation der und Aufgabenwahrnehmung durch die Pflegedienstleitung“], der auch im bisherigen Prüfsystem enthalten war und auch dort nicht öffentlich dargestellt wurde, eignet sich wenig für eine öffentliche Qualitätsdarstellung, da es sich um sehr formale Sachverhalte handelt (S. 240)“; „Auch hier [bei Maßnahmen zur Vermeidung und zur Behebung von Qualitätsdefiziten] ist anzunehmen, dass die Öffentlichkeit entsprechende Ergebnisse nur schwer interpretieren kann (S. 240)“.

- Es bedürfte einer neuen Bewertungssystematik. Zitat: „Darüber hinaus kommt im Bereich 5 die für die Bereiche 1 bis 4 geltende Bewertungssystematik nicht zur Anwendung, sodass sich die Nutzer von Qualitätsdarstellungen in eine weitere Art der Bewertung eindenken müssten (S. 240)“. „Auch im Bereich 6 ist die Anwendung der allgemeinen Bewertungssystematik nicht möglich. Insofern ist auch die öffentliche Darstellung der Ergebnisse der einzelnen Qualitätsaspekte nicht zu empfehlen bzw. hinsichtlich der Darstellungsmöglichkeiten differenziert zu betrachten (S. 240)“.
- Sie würden sich auf Aspekte der Bereiche 1 bis 4 beziehen, weshalb es bei einer Veröffentlichung zu einer doppelten Berücksichtigung käme (S. 240, S. 87).

Dass aus den angegebenen Gründen eine gesamthafte gutachterliche Bewertung grundlegender Aspekte nicht veröffentlicht werden soll, ist nicht nachvollziehbar.

Besonders problematisch:

- Das Bewertungssystem nimmt – wie beim gescheiterten System der Pflegenoten – in Kauf, dass Einrichtungen trotz Auffälligkeiten die bestmögliche Bewertung erhalten können. Einzige Begründung sinngemäß: Fehler gibt es immer und sonst erhielte ja keine Einrichtung eine gute Bewertung (S. 81).
 - Die Feststellung genau einer Auffälligkeit ohne Risiko für Bewohner je Qualitätsaspekt wird in die bestmögliche Bewertungskategorie „keine oder geringe Auffälligkeiten“ zusammengefasst.
- Die Prämisse ist aus folgenden Gründen falsch:
 - Aus Verbrauchersicht – aber auch aus grundsätzlichen Transparenzerwägungen – verbietet es sich, ein Bewertungssystem a priori so auszugestalten, dass Fehler – selbst solche ohne Risiko für Bewohner – unberücksichtigt bleiben, nur um gute Ergebnisse zu produzieren.
 - Ohnehin verlangt niemand, aus kleinen Auffälligkeiten eine „schlechte Bewertung“ abzuleiten. Genau die dafür nötige Sensitivität des Bewertungssystems zu entwickeln, ohne dabei zu nivellieren, wäre die Aufgabe der Autoren gewesen.
 - Die fraglichen Fehler können auch von „suboptimalen Voraussetzungen wie eine knappe Personalausstattung“ herrühren, die durchaus von der Einrichtung beeinflusst werden können, und somit nicht einfach als gegeben hingenommen werden dürfen.
- Das Bewertungssystem ist auch im Ergebnis problematisch:
 - Erstens wäre damit für Verbraucher nicht erkennbar, ob bei einer Stichprobenprüfung des MDK keinerlei Auffälligkeiten auftraten.
 - Zweitens wäre auch eine Häufung von Auffälligkeiten über die 15 Qualitätsaspekte hinweg für Verbraucher nicht erkennbar.
 - Drittens ist die Bewertung weder fair noch eindeutig. Eine Einrichtung mit festgestellten 15 risikolosen Auffälligkeiten erhielte gemäß dem Vorschlag dieselbe Bewertung wie eine gänzlich fehlerfreie Einrichtung. Die Systematik setzt sich über alle Bewertungsstufen fort. Beispiel: Da sowohl ein festgestellter Gesundheitsschaden als auch zwei Qualitätsdefizite mit dem Risiko negativer Folgen zu derselben Bewertung „moderate Qualitätsmängel“ führen, kann es bei den insgesamt 15 Qualitätsaspekten dazu kommen, dass eine Einrichtung mit 15 festgestellten Gesundheitsschäden dieselbe Bewertung erhält wie eine Einrichtung mit 30 Problemen, die zwar zu Risiken führten, die jedoch nicht eingetreten sind. Ersteres als „moderat“ zu bezeichnen, ist fragwürdig, dies mit letzterem gleichzusetzen ebenso.
 - Viertens könnte eine so verschleierte mögliche Häufung von im Einzelfall nicht riskobehafteten Auffälligkeiten in der Gesamtschau eine gewisse kritische Schwelle zum Risiko überschreiten. Fehlen beispielsweise gehäuft Durchführungsnachweise, könnte dies zu Problemen bei der Schichtübergabe und letztlich zu einem Risiko für Bewohner führen.

- Fünftens ist die vorgeschlagene Benennung der Bewertungskategorien für Verbraucher kaum verständlich:

A) „Keine oder geringe Qualitätsdefizite“ – Diese Kategorie nivelliert, siehe oben

B) „Moderate Qualitätsdefizite“ – Moderat ist ein Fremdwort mit in diesem Kontext unklarer Bedeutung, darunter zählt auch, wenn eine negative Folge oder ein Gesundheitsschaden eingetreten ist. Der gewählte Begriff ist ein Beispiel dafür, wie Kompromisse zulasten der Klarheit und Verständlichkeit für Verbraucher gemacht wurden. Zitat: „Insofern stellt der Begriff ‚Moderate Qualitätsdefizite‘ keine optimale Lösung dar, zumindest aber einen begründbaren Kompromiss (S. 83)“.

C) „Erhebliche Qualitätsdefizite“ – „Erheblich“ ist laut Duden synonym zu „schwerwiegend“

D) „Schwerwiegende Qualitätsdefizite“ – der Begriff „Defizit“ ist semantisch nicht treffend und für Verbraucher unverständlich. Der Begriff „Qualitätsmangel“ wurde u. a. deswegen ausgeschlossen, weil er womöglich eine rechtlich bedeutsame Aussagekraft besitzen könnte (vgl. S. 80).

Die gewählten Begriffe gering, moderat, erheblich, schwerwiegend stellen semantisch keine Steigerung der Schwere dar, die ja eigentlich vermittelt werden soll.

- Im Abschlussbericht wurde eine Variante der Transformation von erhobenen MDK-Prüfergebnissen in eine Qualitätsbewertung dargestellt, die aus Verbrauchersicht leicht „strenger“ wäre, wenn auch die Grundproblematik der Bewertungssystematik nicht beheben würde. Es ist unklar, welche Variante letztlich umgesetzt werden soll. Erkennbar ist jedoch, dass die Verbraucherperspektive nicht zu den tragenden Gründen bei der Abwägung der Alternativen gehörte, sondern vermutlich eher die Belange der Einrichtung. Zitat: „Es wird daher empfohlen, die Übernahme dieser aus rechnerischer Sicht einfacheren Art der Bewertung in Erwägung zu ziehen. Die Beurteilungen, die damit erreicht werden, entsprechen nicht ganz exakt der vorgeschlagenen Bewertungssystematik, doch sind die Abweichungen gering und sie betreffen vor allen Dingen Fälle, die man als Grenzfälle bezeichnen kann und bei denen eine ‚strengere‘ Bewertung durchaus nicht unangemessen wäre. In der zukünftigen Prüfpraxis wären es, (...) wenige Fälle, die betroffen wären. Der Vorteil dieser alternativen Berechnungsweise besteht, wie schon angesprochen, in der etwas besseren Nachvollziehbarkeit (S. 91)“.
- Es fehlt eine Zusammenfassung, die den Verbrauchern über die 15 fachlich schwer verständlichen Aspekte hinweg eine empfehlende oder warnende Aussage liefert.
- Unabhängig vom Bewertungssystem sollten stets alle Einzelwerte (Anzahl und Art der Auffälligkeiten/Defizite) einsehbar sein. Dies dient Beratungsstellen und interessierten Verbrauchern sowie der Versorgungsforschung.

3.5 Erschließung und Veröffentlichung des Erfahrungswissens von an der Pflege Beteiligten

Bewertung:

Das wertvolle Erfahrungswissen von an der Pflege Beteiligten wie Bewohnern oder Angehörigen bleibt unberücksichtigt. Befragungsergebnisse oder Erfahrungsberichte könnten zeigen, wie freundlich das Personal ist, ob ein würde- und respektvoller Umgang herrscht und ob die Einrichtung weiterempfohlen wird.

Problematisch:

- Eine Befragung von Bewohnern, Angehörigen oder Mitarbeitern der Pflegeeinrichtung wird nicht einmal in Erwägung gezogen. Dies war vermutlich auch nicht Teil des Forschungsauftrags.
- Auch wenn die bisherige Bewohnerbefragung aus methodischen Gründen keine aussagekräftigen Ergebnisse lieferte, so ist der gänzliche Verzicht auf dieses Instrument ohne nähere wissenschaftlich gestützte Prüfung von Alternativen womöglich sogar als ein konzeptioneller Rückschritt zu werten.

3.6 Open Data-Prinzip und effizientes Datenmanagement

Bewertung:

Es wird erkennbar nicht von einem Open Data-Ansatz ausgegangen. Die wenigen Anmerkungen zur Darstellung gehen nicht von einer Pluralität der Informationsanbieter und einem Wettbewerb um gute Darstellungslösungen aus, sondern sind erkennbar von dem Wunsch geprägt, die Interpretation und Präsentation der Ergebnisse restriktiv zu steuern. Selbst zu wissenschaftlichen Zwecken wird eine Veröffentlichung von anonymisierten Rohdaten nicht angestrebt.

Problematisch:

- Diverse Informationen sind von der Veröffentlichung ausgeschlossen, obwohl deren Relevanz für Verbraucher nicht hinreichend geprüft wurde.
- Es ist nicht erkennbar, inwieweit digitale Filter- und Sortierfunktionen auf Basis der den Qualitätsbewertungen zugrundeliegenden Daten möglich sein werden. Es steht zu befürchten, dass auf Grundlage der vorliegenden Empfehlungen nur eng begrenzte und eindeutig bestimmte Filter- und Sortierfunktionen abschließend zugelassen werden, was eine wirkliche kontext- und nutzerorientierte digitale Qualitätsberichterstattung unmöglich macht.
- Selbst zu rein wissenschaftlichen Zwecken wird eine solche Veröffentlichung nicht klar gefordert, sondern im Abschlussbericht lediglich ergebnislos diskutiert.
- Zum Datenmanagement gibt es im Abschlussbericht verschiedene Ausführungen und Varianten. Ob daraus in der Praxis ein effizientes Datenmanagement erwächst, ist gegenwärtig nicht absehbar und hängt von Beschlüssen und Aufträgen sowie der Umsetzung durch Dienstleister des Qualitätsausschusses ab.
- Es ist nicht erkennbar, inwieweit die Einrichtungsangaben mit den bisherigen sogenannten „Leistungs- und Preisvergleichslisten“ korrespondieren. Hier sind gesetzliche Anpassungen erforderlich, damit zur Qualitätsberichterstattung Leistungs- und Preisangaben datentechnisch effizient mit den künftigen Qualitätsinformationen zusammengeführt werden.

Adresse | Kontakt

Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Straße 256
33311 Gütersloh
Telefon +49 5241 81-0

Dr. Stefan Etgeton
Senior Expert Programm
Versorgung verbessern – Patienten informieren
Telefon +49 30 31987050-16
Telefax +49 5241 81-681314
stefan.etgeton@bertelsmann-stiftung.de

Weisse Liste gemeinnützige GmbH
Leipziger Straße 124
10117 Berlin
Telefon +49 30 319 870 50 0

Johannes Strotbek
Senior Projektmanager
Telefon +49 30 31987050-20
Telefax +49 30 31987050-40
johannes.strotbek@weisse-liste.de
www.weisse-liste.de

www.bertelsmann-stiftung.de