



Foto: Ilja C. Hendel

## Schulnoten für Heime

Die Pflege-  
Transparenzvereinbarung  
als Irrweg

*Manfred Borutta*

Die Pflege-Transparenzvereinbarung verfolgt ein heeres Ziel: Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sehen auf einen Blick, welche Heime gut sind, Pflegeeinrichtungen erfahren, wo sie nachbessern müssen. Ob die neu eingeführte jährliche Überprüfung aller Heime durch die Medizinischen Dienste und die Veröffentlichung der Prüfergebnisse in Form von Schulnoten dieses Ziel erreichen, bleibt dennoch fraglich.

**T**ransparenz in der Erbringung von Pflegeleistungen in Heimen ist in der fachöffentlichen Diskussion der vergangenen Jahre zu einer relevanten Kenngröße für Qualität mutiert.

Noch bis kurz vor Inkrafttreten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes (PfWG) zum 1.7.2008 arbeiteten einige Funktionäre der Szene öffentlichkeitswirksam daran, die Publikation selbst verfasster, so genannter einrichtungsbezogener Qualitätsberichte als zentralen Indikator für Transparenz zu verkaufen.<sup>1</sup> Den Interessenten an einem Heimplatz wurden unter der Überschrift „Transparenz durch Qualitätsberichte“ 130-seitige Selbstbeschreibungen von Pflegeeinrichtungsträgern zugemutet.

### Langer Vorlauf

Mit dem PfWG hat der Gesetzgeber versucht, diesen Bemühungen einen Riegel vorzuschieben. Die von den deutschen Heimen erbrachten Pflegeleistungen und deren Qualität sollen zukünftig vergleichbar und für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen durchschaubar werden. Ziel des durch das PfWG aufgenommenen Paragraphen 115 Absatz 1a Sozialgesetzbuch (SGB) XI ist eine „verständliche, übersichtliche und vergleichbare Darstellung der von den Pfl-

geeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität, insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität“. In der amtlichen Begründung drückt der Gesetzgeber seine Erwartungen an die Vertragspartner, die Krankenkassen und die Pflegeeinrichtungen, präziser aus:<sup>2</sup> Die Gewährleistung von Transparenz und Vergleichbarkeit bezieht sich demnach vor allem auf die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste (MDK).

Die Kriterien für die Veröffentlichung der Prüfergebnisse sowie ein Bewertungssystem sollten bereits bis 30.9.2008 vereinbart werden: von dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen, der Vereinigung der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene und der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe sowie der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände. Interessenverbände der Betroffenen und der Berufsorganisationen sollten am Verfahren frühzeitig beteiligt werden. Erst im Dezember 2008 konnten die Beauftragten dieser gesetzlichen Anforderung Folge leisten. Von den insgesamt über 50 Interessenverbänden, darunter zum Beispiel die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW), gaben in der Kürze der zur Verfügung stehenden Zeit lediglich neun eine Stellungnahme zum Entwurf der Pflege-Transparenzvereinbarung (PTVS) für den stationären Bereich ab.

## 82 Kriterien, eine Gesamtnote

Das Ziel der PTVS ergibt sich aus der gesetzlichen Forderung, eine verständliche, übersichtliche und vergleichbare Systematik der von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und ihrer Qualität herzustellen. Die dafür vereinbarten 82 Kriterien für Einzelbewertungen basieren im Wesentlichen auf den Erhebungen nach den Qualitätsprüfrichtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen nach den Paragraphen 112 und 114 SGB XI aus dem Jahr 2005.<sup>3</sup> Die 82 Kriterien sind in fünf Bereiche eingeteilt:

- Bereich 1: Pflege und medizinische Versorgung (35 Kriterien)
- Bereich 2: Umgang mit demenzkranken Bewohnern (10 Kriterien)
- Bereich 3: Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung (10 Kriterien)
- Bereich 4: Wohnen, Verpflegung,

Hauswirtschaft und Hygiene (9 Kriterien) — Bereich 5: Befragung der Bewohner (18 Kriterien)

Die Ergebnisse aus der Bewohnerbefragung (Bereich 5) fließen nicht in die Gesamtbewertung ein. Sie erhalten eine eigenständige Note.

In der Veröffentlichung werden die Ergebnisse der gesetzlichen Überprüfung der Heime durch den MDK künftig auf zwei Ebenen dargestellt. Auf der ersten Ebene wird die Qualität der Pflegeeinrichtung in einer Gesamtnote abgebildet, die sich aus den ersten vier Bereichen ergibt. Um diese Gesamtnote einordnen zu können, werden ihr Vergleichswerte auf Bundesebene gegenüber gestellt. Auf der zweiten Ebene werden die Prüfergebnisse aus den einzelnen Bewertungsbereichen veröffentlicht.

*„Mit den Begutachtungen auf neuer Basis haben die Medizinischen Dienste im Mai 2009 begonnen. Erste Prüfergebnisse werden für August erwartet.“*

Vor der Veröffentlichung teilen die Landesverbände der Pflegekassen die Ergebnisse zunächst der geprüften Pflegeeinrichtung mit. Diese kann der Pflegekasse innerhalb von 28 Tagen Unterlagen zusenden, die in die Veröffentlichung aufzunehmen sind und/oder Angaben enthalten, die nicht in den Qualitätsprüfungen erhoben wurden. Innerhalb dieser Frist sollen auch strittige Fragen zwischen der Pflegeeinrichtung und den Landesverbänden geklärt werden. Nach Ablauf der Frist werden die Ergebnisse von den Landesverbänden der Pflegekassen im Internet sowie in „anderer geeigneter Form“ veröffentlicht. Die Einrichtung selbst muss lediglich die Prüfergebnisse der ersten Darstellungsebene an gut sichtbarer Stelle aushängen. Mit den ersten Begutachtungen auf Basis der PTVS hat der MDK im Mai 2009 begonnen. Erste Prüfergebnisse werden für August 2009 erwartet.

## Verzerrungen der Wirklichkeit

In der Präambel zur PTVS wird festgehalten, dass die Vereinbarung „in dem Wissen geschlossen [wurde], dass es derzeit keine pflegewissenschaftlich ge-

sicherten Erkenntnisse über valide Indikatoren der Ergebnis- und Lebensqualität der pflegerischen Versorgung in Deutschland gibt.“ Deshalb sei die Vereinbarung als vorläufig zu betrachten. Das, was als Transparenz insbesondere in der Berechnungssystematik der Gesamtnote in der PTVS daher kommt, hat denn auch mit der im SGB XI geforderten Durchschaubarkeit nichts mehr zu tun.

Die formal-methodische Seite des Werks bringt seine wesentlichen Schwachstellen zum Vorschein. Dabei sind folgende Aspekte besonders kritisch zu bewerten:

1. Die zugrunde gelegte Berechnungsmethode zur Feststellung der Noten (1,0 für sehr gut bis 5,0 für mangelhaft) ermöglicht es den Einrichtungen mit einer bedenklichen Pflegequalität, zum Beispiel in der Betreuung demenziell veränderter Menschen, sich mit der Ausflagung einiger weniger Kriterien auf einen verträglichen Notendurchschnitt hoch- und ihre Pflegequalität schön zu rechnen: zum Beispiel mit „Vorhandensein einer schriftlichen Verfahrensanweisung zur Ersten Hilfe“ oder „Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien“ (ob und wie diese genutzt werden, spielt dabei keine Rolle).

2. Die festgelegten Kriterien sind weder personenunabhängig noch eindimensional messbar. Fragen nach „geeigneten Angeboten“ (Frage 44) oder „zielgruppengerechten Bewegungs- und Aufenthaltsflächen“ (Frage 40) veranschaulichen sehr deutlich, dass die PTVS von Bedarfs- beziehungsweise Zielgruppen ausgeht. Ob aber die vorhandenen Angebote für Bewohner A den gleichen Stellenwert haben wie für Bewohner B, kann mit einer solchen Zielgruppenorientierung gar nicht berücksichtigt und erfasst werden. So kann die Frage nach der Durchführung jahreszeitlicher Feste im Heim (Frage 48) für den einzelnen Bewohner vernachlässigbar sein im Vergleich zu Fragen nach einer fachgerechten Medikamentenversorgung (Frage 4) oder der professionellen Wundversorgung (Frage 10).

Die PTVS geht aber von einer Gleichgewichtigkeit aller 64 Kriterien aus und veranlasst die Prüfer, ebenso gleich gewichtet auszuwerten. Dies kann zu erheblichen Verzerrungen führen.

3. Weil sich die Kriterien in ihrer Ge-

wichtung in Wirklichkeit erheblich unterscheiden und – zum überwiegenden Teil – hochgradig personenabhängig sind, sind sie für einen standardisierten Vergleich unbrauchbar. Das gilt für den Vergleich innerhalb aller Kriterien für eine Einrichtung ebenso wie für einen so genannten Ländervergleich vieler Heime.

4. Die vier Bereiche verfügen über eine unterschiedliche Anzahl von Kriterien. Diese bilden die Grundlage zur Errechnung eines Gesamtmittelwertes. Bei einer derart unterschiedlichen Anzahl an Kriterien je Bereich (Bereich 1 = 35, Bereiche 2 bis 4 = 29) entstehen auch hier Verzerrungen. Sie könnten zwar über einen statistischen Mittelwertvergleichstest geprüft und gegebenenfalls vermieden werden – den sieht die PTVS jedoch nicht vor.

Genauso gut könnte man daher für eine Ortsbestimmung Postleitzahlen addieren, um aus deren Mittelwert den momentanen Aufenthaltsort zu errechnen. Man bliebe genauso orientierungslos wie die Interessenten, die sich anhand der Noten ein Bild von der Qualität der Pflegeleistungen in den Einrichtungen machen wollen. Schwarze Schafe unter den Pflegeheimen werden mit dieser Methode keineswegs aufgedeckt oder gar dezimiert.

### Pflege ist so nicht messbar

Die Nähe zu Schulnoten ist eine bewusste Entscheidung der Vertragspartner. Alle Beteiligten konnten sich schnell darauf einigen, dass es für jeden sofort ersichtlich ist, dass eine 2,5 besser ist als

eine 5,0. Dies klärt aber noch nicht, was denn nun eine 2,5 oder eine 5,0 genau bedeuten und was diese Noten im Hinblick auf die erbrachte Pflegequalität aussagen. Die eigentliche Gefahr liegt jedoch in Verschleierungseffekten: Eine auf einer Batterie von quantitativen Kennzahlen basierende Note verziert mitunter eine beschämende Realität.

*„Man bleibt orientierungslos, wenn man sich anhand von Noten ein Bild von der Qualität der Pflegeleistungen machen will.“*

Nötig ist deshalb eine paradigmatische Umorientierung. Das Phänomen Pflege entzieht sich nämlich einer absoluten quantitativen Messbarkeit, weil die individuellen Situationen und Lebenswirklichkeiten der Pflegebedürftigen qualitativ offen sind und damit von geschlossenen Bewertungssystemen kaum erfasst werden können. Dies bedeutet auch eine konsequente Abkehr von dem ewig wiederkehrenden eindimensionalen Struktur-Prozess-Ergebnis-Denken nach Avedis Donabedian<sup>4</sup>, das unhinterfragt und ebenso theoriefrei seit Jahrzehnten die Qualitätsdebatte in der Pflege bestimmt.

Stattdessen braucht es eine fachliche Auseinandersetzung mit theoriegeleiteten mehrdimensionalen Outcome-Ansätzen,<sup>5</sup> die unter anderem die Verantwortung des Managements mit einbeziehen, statt sie bewusst – wie Donabedian – auszuklammern. Als Out-

come bezeichnet man die auf eine pflegerische Intervention folgende Veränderung des Gesundheitsstatus beziehungsweise der Zufriedenheit von HeimbewohnerInnen. Die Outcome-Forschung hat das linear gedachte Struktur- und Prozessdenken längst aufgebrochen. In der systemischen Betrachtung wird der Pflegebedürftige oder „Klient“ als eine bedeutsame Einflussgröße wahrgenommen und mitgedacht. Pflegeergebnisse sind in diesem Zusammenhang abhängig von den Variablen „Klient“, „Organisation“ und „Management“.

2010 soll ein Modellprojekt der Bundesministerien für Gesundheit und für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zur „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ abgeschlossen sein. Ob diese mehrdimensionale Perspektive darin zur Geltung kommen wird, bleibt abzuwarten. Spätestens dann wird man aber die PTVS als einen – weiteren – historischen Irrtum in der Geschichte der Pflegequalitätsmessung ansehen müssen. ■

Eine Langfassung dieses Beitrags mit einer Vertiefung der Diskussion finden Sie unter [www.mabuse-verlag.de/zeitschrift/180\\_Borutta.pdf](http://www.mabuse-verlag.de/zeitschrift/180_Borutta.pdf)

### Manfred Borutta

geb. 1960, ist Pflegewissenschaftler (MScN), Dipl.-Pfleger und Altenpfleger. Er arbeitet als Fachlicher Leiter des Bereichs Fort- und Weiterbildung beim Amt für Altenarbeit im Kreis Aachen. [Manboru@aol.com](mailto:Manboru@aol.com)

### Anmerkungen und Literatur

- 1 Vgl. u. a. die Debatte in der Fachzeitschrift *Altenheim* 06–12/2007.
- 2 Bundestags-Drucksache 16/7439, S. 89.
- 3 Zu deren pflegewissenschaftlichem Gehalt und Zustandekommen vgl. Borutta, M. und Ketzer, R. (2009).
- 4 Nach Avedis Donabedian (1919–2000), Professor für Public Health an der Universität von Michigan und Begründer der Qualitätsforschung im Gesundheitswesen.
- 5 Vgl. Stemmer, R. (2005).

Borutta, M. (2006): Mit der Bürokratie gegen die Bürokratie. Die Entbürokratisierungsdebatte in der Altenpflege aus der Perspektive der neueren Systemtheorie nach Niklas Luhmann. In: *PrinterNet*, 8. Jg., 06/2006, S. 334–340.

Borutta, M. (2007): Von der lernenden zur kompetenten Organisation. Wissensmanagement in Pflegeeinrichtungen aus systemtheoretischer Perspektive. In: *PrinterNet*, 9. Jg., 02/2007, S. 77 – 84.

Borutta, M. und Ketzer, R. (2009): Die Prüfkonstrukte des medizinischen Dienstes in der ambulanten und stationären Pflege. Eine genealogische Analyse der MDK-Prüfrichtlinien. Tectum-Verlag, Marburg.

Friesacher, H. (2009): Ethik und Ökonomie. Zur kritisch-normativen Grundlegung des Pflegemanagements und der Qualitätsentwicklung. In: *Pflege & Gesellschaft*, 14. Jg., 01/2009, S. 5–23.

Gebert, A. J. und Kneubühler, H.-U. (2001): Qualitätsbeurteilung und Evaluation der Qualitätssicherung in Pflegeheimen. Plädoyer für ein gemeinsames Lernen, 2. Aufl.,

Verlag Hans Huber, Bern – Göttingen – Toronto – Seattle.

Roth, G. (2002): Qualitätsmängel in Pflegeheimen (Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, BMFSFJ, Forschungsgesellschaft für Gerontologie e. V., Institut für Gerontologie an der Universität Dortmund).

Roth, G. (2002): Qualitätsprobleme in der Altenpflege: Versuch einer soziologischen Aufklärung. In: *PrinterNet*, 9. Jg., 01/2007, S. 42 – 51.

Stemmer, R. (2005): Zur aktuellen Lage der pflegesensitiven Outcomemessung – eine Übersicht. In: *PrinterNet*, 7. Jg., 07–8/2005, S. 430–435.

Wille, H. (2002): *Dystopia. Studien zur Krisis des Wissens in der modernen Gesellschaft*, Suhrkamp, Frankfurt am Main.