



Gesundheitswesen aktuell 2013

Beiträge und Analysen

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

Peter Pick
„Qualität in Pflegeheimen“

AUSZUG aus:
BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2013 (Seite 204-221)

Peter Pick

Qualität in Pflegeheimen

Der Beitrag analysiert die Entwicklung der Versorgung in deutschen Pflegeheimen sowie die Qualitätsentwicklung auf der Grundlage der Ergebnisse aus den MDK-Qualitätsprüfungen. Dabei wird auch die seit dem Jahr 2009 eingeführte Pflegetransparenz und ihre Ergebnisse vorgestellt und kritisch reflektiert. Im Zeitverlauf werden die Qualitätsveränderungen auf den Gebieten Ernährung, Dekubitusprophylaxe, Angebote für Demenz, Umgang mit Medikamenten, Genehmigung freiheitsentziehender Maßnahmen und situationsgerechtes Handeln vergleichend dargestellt. In einer separaten Analyse wird der Zusammenhang von Pflegequalität und Pflegekosten der stationären Pflegeeinrichtungen aufbereitet und gezeigt.

Einleitung

Von den rund 2,5 Millionen Pflegebedürftigen in Deutschland werden etwa 750.000 in Pflegeheimen versorgt. In diesen Einrichtungen leben überwiegend Personen mit einem höheren Hilfebedarf beziehungsweise Personen mit gerontopsychiatrischen Einschränkungen, die es ihnen nicht mehr erlauben, allein in ihrer häuslichen Umgebung zu bleiben. Da dieser Personenkreis stark auf personelle Hilfe angewiesen ist, benötigt er in besonderem Maße eine gute, umfassende Pflege und Betreuung (Bundesgesundheitsministerium 2009).

Seit der Einführung der Pflegeversicherung ist in deutschen Pflegeheimen ein interner Qualitätsverbesserungsprozess eingeleitet und durch eine systematische externe Qualitätssicherung begleitet worden. Im folgenden Beitrag wird die Entwicklung der Versorgung in Pflegeheimen nachgezeichnet und die Qualitätsentwicklung anhand der Ergebnisse aus den Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) dargestellt (MDS 2012). Darüber hinaus werden die seit dem Jahr 2009 eingeführte Pflegetransparenz und ihre Ergebnisse vorgestellt und kritisch reflektiert. Darauf aufbauend werden Perspektiven der Qualitätsentwicklung, insbesondere mit Blick auf eine stärkere Ergebnis- und Nutzerorientierung, eröffnet.

Entwicklung der Versorgung in Pflegeheimen

In Deutschland gab es im Dezember 2011 rund 12.400 zugelassene voll-beziehungsweise teilstationäre Pflegeheime. In diesen Pflegeeinrichtungen standen etwa 875.000 Pflegeplätze zur Verfügung, von denen etwa 743.000 mit anerkannten Pflegebedürftigen belegt waren. Die übrigen Plätze entfielen auf Personen mit einem Hilfebedarf unterhalb der Pflegestufe I (sogenannte Pflegestufe 0) sowie auf behinderte, psychisch kranke oder sterbende Menschen (Statistisches Bundesamt 2013).

Seit dem Jahr 1999 ist die Zahl der Pflegeheime um ungefähr 40 Prozent von 8.859 auf 12.354 angestiegen. Parallel dazu ist die Zahl der verfügbaren Heimplätze von etwa 645.000 auf rund 875.000 gewachsen. Ebenso ist die Zahl der Beschäftigten in Pflegeheimen von 440.000 auf rund 660.000 angestiegen (Statistisches Bundesamt 2013). Das entspricht einem Anstieg von 50 Prozent. Im Durchschnitt betreute ein Pflegeheim 64 Pflegebedürftige. Rund zwei Drittel der Beschäftigten in Pflegeheimen sind überwiegend im Bereich der Pflege und Betreuung tätig. Rund 60 Prozent aller Beschäftigten verfügen über einen pflegerischen Berufsabschluss beziehungsweise über einen Abschluss in einem nicht ärztlichen Heilberuf oder in einem sozialen Beruf (Statistisches Bundesamt 2013).

Im selben Zeitraum (1999 bis 2011) ist die Zahl der in Pflegeheimen betreuten Pflegebedürftigen von etwa 554.000 auf rund 743.000 angestiegen. Das entspricht einem Anstieg von etwa 34 Prozent. In Pflegeheimen werden rund 30 Prozent aller Pflegebedürftigen versorgt (Statistisches Bundesamt 2013). Dabei nimmt der Anteil derjenigen, die in stationären Einrichtungen leben, mit steigender Pflegestufe erkennbar zu: So werden rund die Hälfte aller Leistungsempfänger der Pflegestufe III, mehr als ein Drittel aller Leistungsempfänger der Pflegestufe II und etwa ein Fünftel der Leistungsempfänger in Pflegestufe I in Pflegeheimen versorgt.

Dies zeigt, dass Personen mit einem höheren und hohen Pflegebedarf, wie zu erwarten, häufiger in Pflegeheimen versorgt werden als Personen

mit niedrigerem Hilfebedarf. Eine entscheidende Rolle spielen hierbei demenzielle oder andere gerontopsychiatrische Einschränkungen, die häufig zu einem Wechsel aus der eigenen Wohnung in ein Pflegeheim führen. Der Anteil der Pflegeheimbewohner an der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen ist seit Einführung der Pflegeversicherung 1996 bis zum Jahr 2007 kontinuierlich angestiegen; seither ist eine leichte Umkehr dieses Trends festzustellen.

Seit dem Jahr 2009 werden im Rahmen der MDK-Qualitätsprüfungen auch epidemiologische Daten zur Häufigkeit wichtiger gesundheitlicher Einschränkungen der Pflegebedürftigen erhoben. Dadurch ist es möglich, die Versorgungsprofile und die Versorgungsschwerpunkte der Heimbewohner zu beschreiben. Die wichtigsten Ergebnisse sind:

- 61 Prozent der Bewohner von Pflegeheimen sind durch eine Demenz oder andere gerontopsychiatrische Erkrankungen in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt.
- Etwa 31 Prozent der Heimbewohner leiden an chronischen Schmerzen.
- 66 Prozent aller Bewohner werden mit Inkontinenzprodukten versorgt.
- 8 Prozent haben einen Blasenkatheter.
- Bei 9 Prozent der untersuchten Bewohner wurde ein gesundheitsrelevanter Gewichtsverlust festgestellt.
- 4 Prozent der Bewohner leiden an einem Dekubitus (Druckgeschwür).

Diese Zahlen zeigen anschaulich die Versorgungsnotwendigkeiten und die Versorgungssituationen, die in Pflegeheimen zu bewältigen sind.

Qualität in der stationären Pflege

Seit dem Jahr 2008 werden alle Pflegeeinrichtungen regelmäßig von Gutachtern der MDK geprüft; seit dem Jahr 2012 übernimmt der Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung (PKV) einen Anteil von zehn Prozent der Prüfungen. Die Ergebnisse aller Qualitätsprüfungen werden in Form von Pflegenoten veröffentlicht (www.pflegelotse.de). Bei den Qualitätsprüfungen steht die bewohnerbezogene Versorgungsqualität im Mittelpunkt. Dabei wird eine Zufallsstichprobe von zehn Prozent aller

Pflegeheimbewohner anhand festgelegter Prüfkriterien durch Inaugenscheinnahme auf ihren Pflegezustand untersucht. Außerdem wird die Pflegedokumentation ausgewertet. Zusätzlich werden Gespräche mit Bewohnern und Pflegekräften geführt.

Die Medizinischen Dienste fassen ihre Prüfergebnisse in Pflege-Qualitätsberichten zusammen. Der im April des Jahres 2012 veröffentlichte 3. Pflege-Qualitätsbericht trägt die Prüfergebnisse aller Qualitätsprüfungen aus dem Zeitraum von Juli 2009 bis Dezember 2010 zusammen (MDS 2012). Vom MDK geprüft wurden 8.801 Pflegeheime, dabei haben die MDK-Gutachter den Pflegezustand von 62.000 Heimbewohnern bewertet. Die Versorgungssituation stellt sich in zentralen Versorgungsbereichen bei den MDK-Prüfkriterien (MDS und GKV-Spitzenverband 2009) wie folgt dar:

Essen und Trinken

Eine angemessene Versorgung mit Speisen und Getränken ist für die Erhaltung des Kräfte- und Gesundheitszustandes sowie für die kognitive Leistungsfähigkeit von zentraler Bedeutung. Bei den MDK-Qualitätsprüfungen wird anhand einer Stichprobe geprüft, ob der Ernährungszustand im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Pflegeeinrichtungen angemessen ist. Das war bei 95 Prozent der untersuchten Heimbewohner der Fall; bei fünf Prozent wurde hingegen eine defizitäre Ernährungssituation festgestellt. Bei diesen fünf Prozent der untersuchten Heimbewohner war somit ein bedeutender Gewichtsverlust durch Versäumnisse der Pflege verursacht worden.

Rund zwei Drittel der Heimbewohner benötigen Hilfe beim Essen und Trinken. Vier von fünf Betroffenen (rund 80 Prozent) erhielten die erforderlichen Maßnahmen und wurden nach Bedarf bei der Nahrungsaufnahme unterstützt, bekamen bei Schluckstörungen gezielt zubereitete Nahrung und energiereiche Speisen. Jeder fünfte Betroffene erhielt diese Unterstützung jedoch nicht in dem erforderlichen Umfang.

Tabelle 1: Versorgungsqualität in der stationären Pflege – ausgewählte Ergebnisse

betreffende Bewohner (in Prozent)	Kriterium	Anforderungen erfüllt (in Prozent)
100	Ernährungszustand angemessen	95,0
67,4	erforderliche Maßnahmen Ernährung	79,5
8,3	Wundversorgung nach aktuellem Wissensstand	74,5
46,9	erforderliche Dekubitusprophylaxe	59,3
20,0	Einwilligungen/Genehmigung bei freiheitsentziehenden Maßnahmen	88,8
59,7	soziale Betreuungsangebote bei Demenz	76,3
59,2	Ermittlung Wohlbefinden	57,9

Quelle: MDS 3. Pflege-Qualitätsbericht 2012

Dekubitusversorgung und -prophylaxe

Bei der Qualitätsprüfung des MDK wird bei allen untersuchten Pflegebedürftigen der Hautzustand erfasst. Dabei erheben die MDK-Gutachter insbesondere, ob ein Druckgeschwür (Dekubitus) vorliegt. Dies war bei rund vier Prozent der Bewohner der Fall. Bei Druckgeschwüren, aber zusätzlich auch bei anderen Wunden, beispielsweise einem Ulcus cruris (offenes Bein), wird geprüft, ob die Wundversorgung dem aktuellen Wissensstand entspricht. Dies betraf insgesamt acht Prozent der untersuchten Bewohner. Bei drei von vier Befragten (75 Prozent) dieser Gruppe entsprach die Wundversorgung dem aktuellen Wissensstand. Umgekehrt heißt dies: Bei jedem Vierten (25 Prozent) waren die Anforderungen nicht erfüllt, weil beispielsweise die Wundversorgung nicht der ärztlichen Anordnung entsprach oder hygienische Grundsätze oder Prinzipien der physiologischen Wundheilung nicht beachtet wurden.

Bei nahezu jedem zweiten pflegebedürftigen Bewohner (47 Prozent) lag ein Dekubitusrisiko vor. Nur bei 59 Prozent dieser Bewohner wurden die erforderlichen Dekubitusprophylaxen durchgeführt. Dazu zählen

Maßnahmen zur Lagerung und Bewegungsförderung sowie die Hautinspektion. In 41 Prozent der Fälle wurden diese Prophylaxen nicht durchgeführt.

Freiheitseinschränkende Maßnahmen

Freiheitseinschränkende Maßnahmen wurden bei 20 Prozent der Heimbewohner angewandt. Dabei kamen Bettgitter oder Stecktische am Rollstuhl deutlich häufiger zum Einsatz als Gurtfixierungen oder ähnlich weitreichende Maßnahmen. In knapp 90 Prozent dieser Fälle lagen die erforderlichen richterlichen Genehmigungen oder Einwilligungen vor, bei zehn Prozent der Betroffenen waren die freiheitseinschränkenden Maßnahmen jedoch nicht genehmigt. Insgesamt betrachtet ist die Zahl von 20 Prozent deutlich zu hoch. Hier muss ein Umdenken in den Pflegeheimen erreicht werden, denn die Pflege kann mit sehr viel weniger freiheitseinschränkenden Maßnahmen auskommen.

Umgang bei Demenz

Etwa 60 Prozent aller Bewohner sind aufgrund einer Demenz oder einer anderen gerontopsychiatrischen Krankheit in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt. Bei diesen Bewohnern prüfen die MDK-Gutachter, ob ihnen geeignete Angebote zur Bewegung, zur Kommunikation oder zur Wahrnehmung gemacht wurden. Drei Viertel der betroffenen Bewohner (76 Prozent) profitierten von entsprechenden Angeboten. Knapp ein Viertel erhielt solche Angebote jedoch nicht oder nicht im erforderlichen Umfang. Die Pflegeeinrichtungen haben sich bei diesen Bewohnern nicht ausreichend auf die besonderen Bedürfnisse und vorhandenen Fähigkeiten eingestellt.

Die MDK-Gutachter bewerten auch, ob die Einrichtungen bei Menschen mit Demenz das Wohlbefinden ermitteln und ob daraus Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet werden. Durch eine qualifizierte fachliche Beobachtung ist es möglich, das Wohlbefinden einzuschätzen und auf dieser Grundlage Verbesserungsmaßnahmen zu planen und umzusetzen. Beispielsweise können über die Beobachtung von Verhalten, Gestik und

Mimik auch ohne verbale Kommunikation Rückschlüsse darauf gezogen werden, ob der Bewohner Angst oder Schmerzen hat. Auf dieser Grundlage können Verbesserungsmaßnahmen eingeleitet werden, beispielsweise eine Schmerztherapie oder Identifikation angstauslösender Situationen und deren Vermeidung. Die MDK-Gutachter stellten fest, dass die Pflegeeinrichtungen das Wohlbefinden erst bei rund 58 Prozent der Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz erheben und als Quelle für die Maßnahmenplanung nutzen.

Der dritte Qualitätsbericht zeigt, dass – gemessen an Ergebniskriterien – die große Mehrzahl der Pflegebedürftigen angemessen versorgt ist. Nur eine Minderheit der Pflegebedürftigen weist nach den Feststellungen des MDK erhebliche Versorgungsdefizite auf und ist damit schlecht versorgt. Gemessen an Prozesskriterien wird die Mehrheit der Pflegebedürftigen entsprechend den anerkannten Prozessstandards einer guten Pflege versorgt. Jedoch wird in zentralen Versorgungsbereichen eine relevante Gruppe von 20 bis 40 Prozent der Pflegebedürftigen nicht dem anerkannten Standard entsprechend gepflegt. Hier entstehen Risiken, die zu einer defizitären Versorgung führen können. In der Konsequenz müssen die Einrichtungen noch stärker auf vorhandene Risiken achten und die notwendigen Versorgungsverbesserungen einleiten.

Ein weiteres wichtiges Ergebnis des Qualitätsberichtes ist: Je besser der Pflegeprozess organisiert ist, desto besser ist auch die Ergebnisqualität. Ein Beispiel hierfür ist die Dekubitusprophylaxe. Rund sieben Prozent der Bewohner, bei denen keine Prophylaxemaßnahmen zur Verhinderung von Druckgeschwüren durchgeführt wurden, entwickelten Druckgeschwüre. In der gesamten Stichprobe lag der Anteil der Bewohner mit Druckgeschwüren jedoch nur bei vier Prozent. Dieses Ergebnis wiederlegt den häufig vorgebrachten Vorhalt, in der MDK-Prüfung werde nur die Dokumentationsqualität und nicht die tatsächliche Versorgung erfasst.

Tabelle 2: Entwicklung der Versorgungsqualität in der stationären Pflege

Kriterium	Anforderungen erfüllt		Trend
	2007 (in Prozent)	2010 (in Prozent)	
Ernährung	64,0	79,5	besser
Dekubitusprophylaxe	59,7	59,3	gleich
Angebote Demenz	66,7	76,3	besser
Umgang mit Medikamenten	88,9	81,8	gleich
Genehmigung von freiheits- entziehenden Maßnahmen	91,0	88,8	gleich
situationsgerechtes Handeln	81,7	91,5	besser

Quelle: MDS 3. Pflege-Qualitätsbericht 2012

Die Qualitätsberichte ermöglichen auch einen Vergleich im Zeitablauf: Deutliche Verbesserungen der Versorgungsqualität in der stationären Pflege haben die MDK-Gutachter im Jahr 2012 im Vergleich zur Situation 2007 bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung, bei den Betreuungsangeboten für Menschen mit Demenz und bei dem situationsgerechten Verhalten in akuten Notsituationen festgestellt. Bei der Vermeidung von Dekubitalgeschwüren, dem Umgang mit Medikamenten und der Genehmigung von freiheitsentziehenden Maßnahmen hingegen haben sich keine Verbesserungen der Versorgungsqualität eingestellt. Obschon bei zentralen Kriterien heute bessere Ergebnisse erreicht werden, ist dies bei anderen wichtigen Kriterien nicht gelungen. Insgesamt jedoch zeigt sich eine Qualitätsverbesserung gegenüber 2007.

Pflegetransparenz und stationäre Pflege

Seit dem 1. Juli 2009 werden Noten für die Qualität von Pflegeleistungen vergeben und im Internet veröffentlicht. Grundlage sind die Qualitätsprüfungen der MDK. Die Auswahl der Bewertungskriterien und deren Gewichtung, die Notenzuordnung und die Art und Weise der Veröffentlichung sind in den Pflegetransparenzvereinbarungen dargelegt, die zwischen dem Spitzenverband der Pflegekassen und den Trägervereinigungen der

privaten und freigemeinnützigen Pflegeeinrichtungen vereinbart wurden. Die Bewertung und Notendarstellung der Pflegeheime erfolgt anhand von 64 Bewertungskriterien aus den folgenden vier Qualitätsbereichen:

- Pflege und medizinische Versorgung (35 Kriterien)
- Umgang mit demenzkranken Bewohnern (10 Kriterien)
- soziale Betreuung und Alltagsgestaltung (10 Kriterien)
- Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene (19 Kriterien)

Zu jedem Kriterium werden Punktwerte zwischen 0 und 10 vergeben und in eine festgelegte Notenskala transformiert. Die jeweiligen Bereichsnoten und die Gesamtnote werden als arithmetisches Mittel errechnet und dann in Form der Pflegenoten veröffentlicht. Daneben findet eine Zufriedenheitsbefragung der Bewohner statt. Die hierbei erhobenen 18 Kriterien der Bewohnerbefragung werden jeweils separat ausgewiesen.

Tabelle 3: Noten für stationäre Einrichtungen bundesweit

Bereiche	Note im Bundesdurchschnitt
Pflege und medizinische Versorgung	1,5
Umgang mit demenzkranken Bewohnern	1,2
soziale Betreuung und Alltagsgestaltung	1,1
Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft, Hygiene	1,0
Gesamtergebnis	1,2
Befragung der Bewohner	1,0

Quelle: vdek-Pflegelotse (Mai 2013)

Die bundesweiten Durchschnitte der Pflegenoten für Heime sind in Tabelle 3 dargestellt. Sie zeigen, dass die Pflegeeinrichtungen im Spiegel der Pflege Transparenz überwiegend gut bis sehr gut abschneiden. So liegt die Durchschnittsnote des Bereichs „Pflege und medizinische Versorgung“ bundesweit bei 1,5; die Gesamtnote liegt sogar bei 1,2.

Die Tatsache, dass die Mehrzahl der Pflegeheime gute Noten erhält, ist zunächst positiv zu bewerten. Auch im Vergleich zu den Ergebnissen aus früheren Qualitätsprüfungen zeigt sich hierin eine Verbesserung der Qualitätssituation. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass in den Transparenzvereinbarungen eine Notenskala zugrunde gelegt wird, die im Vergleich zu Schulnoten als wohlwollend bezeichnet werden muss. So wird die Note 1 (sehr gut) bereits vergeben, wenn 8,7 von 10 Punkten erreicht werden, und erst eine Unterschreitung des Punktwertes von 4,5 Punkten führt zur Note 5 (mangelhaft). Entsprechend niedrige Schwellenwerte führen in der Tendenz zu positiven Pflegenoten.

Die Pflegenoten und damit die Transparenzvereinbarungen haben eine breite Diskussion ausgelöst. Die Resonanz der Verbraucher ist erfreulich positiv. Befragungen des IGES-Instituts zeigen, dass Verbraucher die Einführung und Veröffentlichung der Pflegenoten insgesamt sehr positiv aufnehmen, da sie sich damit in ihrer Patientensouveränität gestärkt fühlen (IGES-Institut und Rheinschliff Gesundheitskommunikation 2011). Dennoch gab und gibt es eine Reihe von Kritikpunkten: Eine zu positive Notenskala, Dokumentationslastigkeit und eine nicht ausreichende wissenschaftliche Grundlage sind hier die Stichworte. Als zentrale Schwachstelle hat sich herausgestellt, dass alle 64 Einzelkriterien bei der Berechnung der Bereichsnote und der Gesamtnote gleich gewichtet werden (SEG 2 der MDK-Gemeinschaft und MDS 2010).

Es ist auf Anhieb einsehbar, dass die Kriterien „Werden Sturzereignisse dokumentiert?“ und „Werden erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?“ eine unterschiedliche Bedeutung für die pflegerische Versorgungsqualität haben. Deshalb ist vorgeschlagen worden, Kernkriterien wie die Dekubitusversorgung, die Ernährung und Flüssigkeitsversorgung und die Vermeidung von Stürzen bei der Notenberechnung stärker zu gewichten.

Die wissenschaftliche Kritik (Hasseler et al. 2010) fokussiert auf die Gütekriterien, die Bewertungssystematik und die Auswahl der Kriterien.

Es wird gefordert, hierzu eine Validierung vorzunehmen und damit die wissenschaftliche Basis des Instruments zu verbessern. Bei aller Berechtigung der vorgestellten Kritik darf jedoch nicht übersehen werden, dass dem Verbraucher mit den Pflegenoten erstmals Informationen über die Qualität von Heimleistungen zur Verfügung gestellt werden.

Heimkosten und Pflegequalität

Die Kosten eines Heimplatzes sind vergleichsweise hoch, da eine Vollversorgung stattfindet. Sie setzen sich aus dem Pflegesatz sowie dem Entgelt für Unterkunft und Verpflegung zusammen. So beträgt die monatliche Vergütung für Pflege und Betreuung in der Pflegestufe III rund 2.278 Euro. In der Pflegestufe II beträgt die durchschnittliche monatliche Pflegevergütung 1.811 Euro und 1.369 Euro in der Pflegestufe I.

Tabelle 4: Kosten eines Pflegeheims in Euro

	Pflege und Betreuung	Unterkunft und Verpflegung	zusammen	Erstattung Pflegekasse*
Pflegestufe I	1.369	629	1.998	1.023
Pflegestufe II	1.811	629	2.440	1.279
Pflegestufe III	2.278	629	2.907	1.550

Quelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2011,

*Zuschuss zu den pflegebedingten Aufwendungen 2011

Vergleicht man dies mit den Erstattungsbeträgen der Pflegeversicherung, die 1.023 Euro in der Pflegestufe I, 1.279 Euro in der Pflegestufe II und 1.550 Euro in der Pflegestufe III betragen, so wird deutlich, dass die Bewohner für die Pflege und Betreuung im Durchschnitt zwischen 346 und 728 Euro aus der eigenen Tasche aufbringen müssen. Neben den monatlichen Vergütungssätzen können weitere Ausgaben für Zusatzleistungen und gesondert berechenbare Investitionsaufwendungen dazukommen. Daneben sind durchschnittlich 629 Euro für Unterkunft und Verpflegung zu zahlen. Sofern die Pflegebedürftigen nicht in der Lage

sind, diese Beträge selbst aufzubringen, übernimmt die Sozialhilfe die entsprechenden Leistungen.

Von besonderem Interesse ist der Zusammenhang zwischen der Höhe des Heimentgeltes und der Qualität der Heime (Mennicken 2013, Rothgang et al. 2012). Die Ausgangsfrage ist dabei, ob Heime mit höheren Kosten auch eine höhere Qualität, ausgedrückt in den Pflegenoten, aufweisen. Um diese Frage zu beantworten, werden Daten aus dem vdek-Pflegelotse aufbereitet und mit den Kosten für Pflegeeinrichtungen korreliert. Dazu wird ein durchschnittlicher Pflegesatz in jeder Einrichtung modelliert, der die tatsächlichen Pflegesätze je Pflegestufe verwendet und mit den landesdurchschnittlichen Anteilen der jeweiligen Pflegestufen in Pflegeheimen gewichtet. Auf der Qualitätsseite werden als Indikator für die Pflegequalität die Bereichsnote für „Pflege und medizinische Versorgung“ sowie für „Umgang mit demenzkranken Bewohnern“ und ein gemeinsamer Indikator aus beiden Qualitätsbereichen je Pflegeheim herangezogen. Um die Verzerrungen der Notenskala im unteren und oberen Bereich zu vermeiden, werden bei der Berechnung des Zusammenhangs die Punktwerte verwendet. Dabei werden die Noten den jeweiligen Klassenmittelwerten der Punkteskala zugeordnet.

Die Korrelationsberechnungen zeigen für den Qualitätsbereich „Pflege und medizinische Versorgung“ mit einem Korrelationskoeffizienten von 0,129 und für den gemeinsamen Indikator des Qualitätsbereichs „Pflege und medizinische Versorgung“ und „Umgang mit demenzkranken Bewohnern“ mit 0,120 einen schwachen Zusammenhang zwischen den Heimkosten und den Pflegenoten. Diese Korrelationen zeigen, dass eine höhere Pflegequalität tendenziell auch mit höheren Heimkosten verbunden ist.

Allerdings gibt es zwischen den Bundesländern starke Unterschiede: Während in Thüringen, in Bremen, in Nordrhein-Westfalen und im Saarland ein mäßiger Zusammenhang besteht, lässt sich in Hamburg, Berlin, Brandenburg und Hessen kaum ein Zusammenhang feststellen. Dass der

Zusammenhang vergleichsweise schwach ausfällt, liegt zum einen daran, dass die aktuell gültigen Pflegenoten die Qualitätsunterschiede zwischen den Pflegeheimen nur schwach differenzieren. Zum anderen ist davon auszugehen, dass auf der Kostenseite Lohnunterschiede zwischen den Regionen sowie zwischen Stadt und Land einen weiteren Erklärungsansatz darstellen.

Tabelle 5: Zusammenhang von Pflegequalität und Kosten (Korrelationen durchschnittlicher Pflegesatz und...)

Bundesland	... QB Pflege	... QB Demenz	... QB Pflege und Demenz
Baden-Württemberg	0,134**	0,096**	0,136**
Bayern	0,157**	0,113**	0,160**
Berlin	0,075	0,030	0,067
Brandenburg	0,047	0,039	0,054
Bremen	0,269**	0,205*	0,273**
Hamburg	0,027	-0,029	0,017
Hessen	0,043	0,077*	0,051
Mecklenburg-Vorpommern	0,151*	0,068	0,145*
Niedersachsen	0,118**	0,129**	0,131**
Nordrhein-Westfalen	0,191**	0,181**	0,202**
Rheinland-Pfalz	0,193**	0,121*	0,185**
Saarland	0,242**	0,250**	0,268**
Sachsen	0,136**	0,083*	0,134**
Sachsen-Anhalt	0,199**	0,156**	0,208**
Schleswig-Holstein	0,133**	0,185**	0,148**
Thüringen	0,301**	0,222**	0,303**
Bundesrepublik gesamt	0,129**	0,060**	0,120**

Quelle: vdek-Pflegelotse, eigene Berechnungen. Dargestellt sind Korrelationskoeffizienten nach Pearson; Signifikanzniveau: ** $p \leq 0,01$, * $p \leq 0,05$

Die Ergebnisse zeigen insgesamt einen signifikanten, wenn auch schwachen Zusammenhang zwischen Pflegenoten und Heimentgelten. Einrichtungen mit höheren Entgelten haben tendenziell auch bessere Noten. Allerdings ist der Zusammenhang zu schwach, um die Varianz in den Heimentgelten mit Qualitätsunterschieden begründen zu können.

Perspektiven der Qualitätsentwicklung

Die vorgestellten Ergebnisse aus Qualitätsprüfungen und Pflegetransparenz haben gezeigt, dass die Anstrengungen der Pflegeheime zur Verbesserung ihrer Qualitätssituation Früchte getragen haben. Diese Anstrengungen der Einrichtungen verdienen Anerkennung. Gleichzeitig sollten sie ein Ansporn für jene Einrichtungen sein, bei denen Schwachstellen identifiziert wurden. Hier gilt es, das interne Qualitätsmanagement weiter auszubauen und vor allem risikorelevante Prozessabläufe zu optimieren. Eine entscheidende Bedeutung kommt dabei der Schulung und Anleitung des Personals zu, denn Verbesserungsprozesse in Pflegeheimen sind vor allem Qualifizierungsprozesse.

Der entscheidende Erfolgsfaktor in Pflegeheimen sind qualifizierte und motivierte Mitarbeiter. Ein weiterer Erfolgsfaktor ist die Lebensweltorientierung. Pflegeheime müssen sich in Zukunft noch stärker darauf konzentrieren, das Pflegeheim als Lebenswelt zu gestalten und eine gute Betreuung zu organisieren. In diesem Feld bestehen noch Entwicklungsmöglichkeiten für die Mehrzahl der Heime.

Die Erfahrungen der Vergangenheit zeigen, dass externe Qualitätsprüfungen Qualitätsverbesserungen in den Einrichtungen anstoßen können. Dabei ist das hier eingesetzte Prüfinstrumentarium als lernendes System zu verstehen, das laufend weiterentwickelt werden muss.

Bei den MDK-Qualitätsprüfungen wird es darauf ankommen, immer neue pflegewissenschaftliche Erkenntnisse, etwa in Form von neuen Expertenstandards, zu integrieren. Wichtige Themenfelder sind dabei die Mobilität und die freiheitsentziehenden Maßnahmen, der Umgang mit

herausforderndem Verhalten und die soziale Betreuung. Außerdem muss der Fokus noch stärker auf die Ergebnisqualität und die Ergebnisse der Inaugenscheinnahme der Bewohner gelegt werden. Weiterhin können neue Instrumente zur Messung der Lebensqualität von Pflegebedürftigen, auch bei Demenz, einbezogen werden. All dies wird dazu beitragen, die Bedeutung der Pflegedokumentation zurückzudrängen.

Für die Weiterentwicklung der Pflegetransparenz werden wesentliche Impulse von den vorliegenden Projektergebnissen zu den Ergebnisindikatoren in der stationären Altenpflege ausgehen. Dieses Projekt schlägt vor, in regelmäßigen Abständen 16 gesundheitsbezogene Ergebnisindikatoren und elf lebensqualitätsorientierte Ergebnisindikatoren zu erheben. Zu den gesundheitsbezogenen Ergebnisindikatoren zählen beispielsweise die Dekubitusentstehung oder Stürze mit gravierenden Folgen, zu den lebensqualitätsorientierten Ergebnisindikatoren beispielsweise die (von Befragten empfundene) Qualität des Mahlzeitenangebotes oder die Teilnahme an Aktivitäten in den Einrichtungen. Die Einführung einer systematischen Erhebung dieser Ergebnisindikatoren wird jedoch Zeit erfordern. Darüber hinaus konnten in wichtigen Versorgungsbereichen, wie bei chronischem Schmerz oder bei herausforderndem Verhalten, keine Ergebnisindikatoren identifiziert werden, sodass hier auch weiterhin auf versorgungsrelevante Prozesskriterien zurückgegriffen werden muss. Trotz dieser Einschränkungen werden die Ergebnisindikatoren ein wichtiges Element der zukünftigen Pflegetransparenz werden.

Eine wichtige Perspektive der Qualitätsentwicklung ist die Nutzerorientierung. Alle internen und externen Qualitätsdarstellungen müssen sich daran messen lassen, ob sie für die künftigen Bewohner von Pflegeheimen und deren Angehörige, also für Laien, transparent und verständlich sind. Daher bedürfen alle pflegewissenschaftlich erarbeiteten Instrumente einer laienverständlichen Übersetzung. Darüber hinaus sind zuverlässige Instrumente zur Befragung von Pflegebedürftigen und Angehörigen für Verbesserungsprozesse in Pflegeheimen zu nutzen. Ein wesentlicher Ausgangspunkt wird dabei die Charta der Rechte von

Pflegebedürftigen (BMFSFJ und BMG 2010) sein. Für die Pflege gilt, dass die Nutzerorientierung weiter gestärkt werden muss.

Fazit

Pflegeheime haben die Versorgung von rund 750.000 Pflegebedürftigen sicherzustellen. In Pflegeheimen leben überwiegend Personen mit einem hohen Pflegebedarf und häufig Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz. Gemessen an den Prüfergebnissen des MDK ist die Qualität der Versorgung in der Mehrzahl der Pflegeheime gut. Identifizierte Schwachstellen, die etwa bei der Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung, der Vermeidung von Druckgeschwüren oder beim Umgang mit Menschen mit Demenz in Pflegeheimen festgestellt werden, sind durch interne Qualitätsanstrengungen in den Einrichtungen zu beseitigen.

Für die zukünftige Qualitätsentwicklung in Heimen ist die Ergebnisorientierung, die Lebensweltorientierung und die Nutzerorientierung auszubauen. Auch die beabsichtigte Weiterentwicklung der Pflegetransparenz wird sich an diesen Elementen messen lassen müssen. Denn Pflegebedürftige und ihre Angehörigen erheben zu Recht den Anspruch, dass ihnen die Qualität der Pflege transparent gemacht wird, um fundierte Auswahlentscheidungen zwischen Pflegeheimen treffen zu können.

Literatur

- BMFSFJ und BMG (2010): Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. Paderborn.
- Bundesgesundheitsministerium (Hrsg.) (2009): Bericht des Beirates zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Berlin.
- Hasseler, M., K. Wolf-Ostermann, M. Nagel und S. Indefrey (2010): Wissenschaftliche Evaluation zur Beurteilung der Pflege-Transparenzvereinbarungen für den ambulanten (PTVA) und stationären (PTVS) Bereich. Hamburg und Berlin.

- IGES-Institut und Rheinschliff Gesundheitskommunikation (2011): Evaluation der Verständlichkeit von Noten und Punktwerten bei den Pflegetransparenzberichten. Berlin.
- MDS und GKV-Spitzenverband (2009): Qualitätsprüfungs-Richtlinien und MDK-Anleitung. Essen.
- MDS (2012): Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. 3. Bericht. Essen.
- Mennicken, R. (2013): Preise und Qualität in Pflegeheimen – Erste empirische Ergebnisse für Deutschland. In: Das Gesundheitswesen 75 (02). S. 99–101.
- Rothgang, R., R. Müller, R. Unger, C. Weiß und A. Wolter (2012): BARMER GEK-Pflegereport 2012. Siegburg.
- SEG 2 der MDK-Gemeinschaft und MDS (2010): Evaluation der Transparenzvereinbarungen. Essen.
- Statistisches Bundesamt (2013): Pflegestatistik 2011. Wiesbaden.
- vdek-Pflegelotse (2013). www.pflegelotse.de (Download 31. Mai 2013).

