

¹Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen, Deutschland; ²Kompetenzzentrum «Vernetzte Gesundheit», Hochschule Neu-Ulm, Deutschland
 Susanne Sünderkamp¹ (Dipl. Pflegewirtin [FH]), Christian Weiß² (Dipl. Betriebswirt [FH]), Heinz Rothgang¹ (Prof. Dr.)

Analyse der ambulanten und stationären Pflegenoten hinsichtlich der Nützlichkeit für den Verbraucher



- **Was ist (zu dieser Thematik) schon bekannt?**
 Die Methodik der Qualitätsprüfungen wird konzeptionell und aufgrund kleiner Stichproben kritisiert.
- **Was ist neu?**
 Eine bundesweite Analyse nahezu aller Pflegeanbieter identifiziert weitere Herausforderungen für ein verbraucherorientiertes Prüfsystem.
- **Welche Konsequenzen haben die Ergebnisse für die Pflegepraxis?**
 Der Beitrag liefert neue Erkenntnisse zur zukünftigen Gestaltung der öffentlichen Qualitätsberichterstattung und deckt Forschungslücken auf.

Hintergrund: Seit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz von 2008 und der Entwicklung der Pflegetransparenzvereinbarungen sollen Verbraucher die Möglichkeit erhalten, auf Basis einer flächendeckenden Qualitätsbeurteilung von ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen eine informierte Wahl ihres Pflegeanbieters vorzunehmen.

Ziel: Diese Studie prüft die Pflegenoten auf Basis einer empirischen Analyse der veröffentlichten MDK-Qualitätsberichte von 11 884 ambulanten Pflegediensten und 10 310 Pflegeheimen, was einer erstmaligen Vollerhebung aller bundesdeutschen Pflegeanbieter gleichkommt.

Methoden: Auswertungen der deskriptiven Statistik und Diskussion der Ergebnisse in Hinblick auf die Nützlichkeit der Noten für den Verbraucher.

Ergebnisse: Die Auswertungen zeigen eine begrenzte Aussagekraft der Pflegenoten für den Verbraucher. Ursachen

lich dafür sind insbesondere die durchschnittlich sehr guten Noten bei geringer Streuung und die großen Lücken in der Bewertung der einzelnen Kriterien, vor allem im ambulanten Bereich. Sie verstärken den Einfluss pflegeferner Kriterien auf die Gesamtnote und begünstigen den Ausgleich von Pflegemängeln durch guten Service. Dies kommt aber sehr selten vor. Eine stärkere Bewertung von Risikokriterien würde die Aussagekraft derzeit kaum erhöhen.

Schlussfolgerungen: Die Konzeption der Pflegenoten bedarf einer gründlichen Optimierung, um die Nützlichkeit für den Verbraucher zu erhöhen.

Schlüsselwörter: Pflegenoten, MDK-Transparenzbericht, Pflegeheim, Pflegedienst, Qualität

Einleitung

Von den 2,5 Millionen Menschen in Deutschland, die als pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 und 15 SGB XI gelten, wurden im Jahr 2011 ca. 30 % in

stationären Pflegeeinrichtungen und rund 70 % zu Hause versorgt. Ein Drittel der häuslich Versorgten bekommt Unterstützung von ambulanten Pflegediensten, sodass insgesamt 1,3 Millionen Pflegebedürftige in Deutschland professionelle ambulante oder stationäre Leistungen erhalten (Statistisches Bundesamt, 2013a). Bei der Auswahl einer stationären Pflegeeinrichtung stehen Befragungsergebnisse zur Folge vor allem ein freundlicher und respektvoller Umgang, ausreichend Betreuungszeit und eine gute Qualifikation des Pflegepersonals, aber auch die regionale Lage sowie der «erste Eindruck» der Einrichtung im Mittelpunkt (Geraedts, Brechtel, Zöll & Hermeling, 2012). Als weniger wichtig werden pflegfachliche Kriterien wie die Orientierung der Pflege an wissenschaftlichen Standards erachtet. Nach welchen Kriterien ein ambulanter Pflegedienst ausgewählt wird, ist in Deutschland wenig untersucht. Es scheint insbesondere die Integration professioneller Hilfen in die Lebensrealität der Pflegebedürftigen und deren Umfeld maßgeblich zu sein (Büscher & Schnepf, 2011). Die in älteren Studien identifizierten Mängel weisen darauf hin, dass insbesondere ein Wunsch nach Pünktlichkeit, einer festen und qualifizierten Pflegekraft, genügend Zeit, Freundlichkeit und einer korrekten Abrechnung der Leistungen besteht (Klie, 1999, Roth, 2001).

Eine neue Möglichkeit zum Qualitätsvergleich sollen Pflegebedürftige und ihre Angehörigen durch die Pflegenoten erhalten. Diese werden in den Qualitätsprüfungen auf Basis der Pflegetransparenzkriterien (PTV) durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder dem Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. erhoben. Die Kriterien entstanden nach wenigen

Monaten Entwicklungszeit für die stationäre und ambulante Pflege gemäß des Auftrags aus dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008 an die gemeinsame Selbstverwaltung (GKV-Spitzenverband; Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene; Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe; Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, 2008, 2009).

Das Ziel hierbei war, mehr Transparenz für den Verbraucher zu schaffen (Hasseler & Wolf-Ostermann, 2010; MDS & GKV-Spitzenverband, 2009a, 2009b; GKV-Spitzenverband et al., 2008, 2009). Dabei schreibt das Gesetz vor, «die von den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität, insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität für Pflegebedürftige und Angehörige verständlich, übersichtlich und vergleichbar» darzustellen (§ 115 Abs. 1a SGB XI). Seit 2008 (stationär) bzw. 2009 (ambulant) wird die Prüfung in jeder Einrichtung einmal jährlich unangekündigt durchgeführt. Laut Angaben des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) sind im Jahr 2011 nahezu alle Pflegedienste und -heime einer Qualitätsprüfung unterzogen worden (MDS, 2012).

Aktueller Forschungsstand

Bestehende Arbeiten zu den Pflegenoten beschäftigen sich entweder konzeptionell mit den Schwächen dieses Systems, ohne die vorliegenden Daten auszuwerten (Klie, 2011; Klie & Stoffer, 2011; Bonato, 2010; Görres, Hasseler & Mitnacht, 2009) oder behandeln den statistischen Zusammenhang von Pflegenoten und Entgelten, ohne sich stärker mit den Pflegenoten selbst auseinanderzusetzen und deren Nützlichkeit für den Verbraucher zu thematisieren (Mennicken, 2013; Bastian, Ernst & Seger, 2013; Augurzky, Krolop, Menni-

cken, Schmidt, Schmitz & Terkat, 2011; Augurzky, Mennicken, Röhrig & Weibler-Villalobos, 2010). Weitere Studien beziehen die Datenanalyse auf einzelne Bundesländer oder den stationären Sektor und somit auf begrenzte Stichproben (Panhorst & Möller, 2013; Simon, Schmidt, Schwab, Hasselhorn & Bartholomeyczik, 2013; Rothgang, Müller, Unger, Weiß & Wolter, 2012; MDS, 2012, 2010; Möller, Panhorst & Zieres, 2010). Eine Analyse fast aller stationären und ambulanten Daten für die Bundesrepublik Deutschland inklusive der Bewertung der Nützlichkeit der Pflegenoten für den Verbraucher liegt bisher nicht vor.

Die Pflegenoten stehen in der Kritik. Während der Ruf nach ihrer vollständigen Abschaffung (Klie & Stoffer, 2011; Bonato, 2010) auf geteilte Meinung stößt, besteht Konsens über die Notwendigkeit ihrer Optimierung (Panhorst & Möller, 2013; Hasseler & Wolf-Ostermann, 2010; Diakonie RWL, 2010). Einzelne Anbieter haben sogar gegen die Veröffentlichung dieser Noten geklagt, da diese auf Basis einer unzureichenden Datensammlung und Bewertungssystematik gebildet würden. Nach zahlreichen Gerichtsverfahren erklärte das Bundessozialgericht die Veröffentlichung der Pflegenoten bei entsprechender Weiterentwicklung des Prüfverfahrens aber für zulässig und bewertete das Informationsinteresse der Pflegebedürftigen höher als die Interessen der einzelnen Einrichtungen (Bundessozialgericht, 2013). Eine begrenzte Weiterentwicklung der Pflegenoten erfolgte nach dem Schiedsspruch der Schiedsstelle vom 10. Juni 2013 ausschließlich im stationären Bereich – nicht aber eine grundlegende Reform der Prüfsystematik. Die Änderungen wurden in eine neue Pflege-Transparenzvereinbarung eingearbeitet und gelten seit 2014 (GKV-Spitzenverband et al., 2013). Die umfangreichste wissenschaftliche Evalua-

tion nennt folgende Kritikpunkte (Hasseler & Wolf-Ostermann, 2010):

- Für das Prüfinstrumentarium konnte kein Vorliegen wissenschaftlicher Gütekriterien wie Objektivität, Validität und Reliabilität nachgewiesen werden.
- Die Notenskala begünstigt zu gute Ergebnisse.
- Einrichtungen können eine gute Gesamtnote erzielen trotz schlechter Noten bei pflegerelevanten Qualitätskriterien.
- Die Stichprobengröße und die Art ihrer Ziehung innerhalb des Pflegeanbieters ermöglicht kein repräsentatives Qualitätsurteil.
- Die Bewertung erfolgt größtenteils auf Basis der Dokumentationsbewertung.
- Die Ergebnisqualität wird nicht (ambulant) bzw. kaum (stationär) gemessen, Prüfkriterien zur Messung von Lebensqualität fehlen vollständig.

Trotz dieser Kritik an dem Bewertungssystem: dem Verbraucher steht kein anderes Instrument in diesem Umfang zur Verfügung, um sich vor der Wahl einer pflegerischen Versorgung zu informieren. Deshalb ist es sinnvoll, sich näher mit den Ergebnissen der Transparenzberichte zu beschäftigen.

Ziel der Untersuchung

Grundlage dieses Beitrags ist die deskriptive Auswertung der nahezu vollständig erhobenen Transparenzberichte aller ambulanten und stationären Pflegeanbieter. Dabei soll thematisiert werden, welche Nützlichkeit für den Verbraucher aus diesen Veröffentlichungen ablesbar ist. Als *Verbraucher* gelten diejenigen, die einen Anbieter von Pflegeleistungen suchen mit dem Ziel, pflegerische Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen. Das sind zum einen die Pflegebedürftigen selbst, aber auch die in die Pflege involvierten Angehörigen. Nützlichkeit meint die Fähigkeit der Pflegenoten, dem Ver-

braucher aussagekräftige, also vergleichbare und entscheidungsrelevante Informationen insbesondere über die Pflegeleistungen für die Wahl eines Pflegeanbieters zu liefern. Die Noten müssen voneinander differenzieren, um dem Verbraucher einen Vergleich bzw. eine Unterscheidung der Pflegeanbieter zu ermöglichen. Nachfolgend werden die Ergebnisse aus den Pflege-Transparenzberichten diesbezüglich untersucht; eine umfassende Analyse des Prüfinstrumentariums erfolgt nicht. Hierfür sei auf die oben genannten Studien verwiesen.

Datengrundlage und Methodik

Der Pflege-Transparenzbericht

Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen werden als Pflege-Transparenzberichte in vier Online-Portalen veröffentlicht und sind frei einsehbar (AOK-Gesundheitsnavigator, BKK-Pflegefinder, Pflege-

gekompass der Knappschaft, vdek-Pflegelotse). Ambulant werden 49, stationär 82 (77 seit 2014) Einzelkriterien geprüft, die zu vier (ambulant) bzw. fünf (stationär) Bereichsnoten und einer Gesamtnote zusammengefasst werden (Tabelle 1). Lediglich die Kundenbewertung wird nicht in die Ermittlung der Gesamtnote einbezogen. Unterschieden wird zwischen personenbezogenen Kriterien, die zunächst auf einer Skala von 0 bis 10 bewertet werden, und einrichtungsbezogenen Kriterien, bei denen über dichotome Fragestellung ausschließlich 0 oder 10 Punkte vergeben werden (erfüllt/nicht erfüllt). Erst nach Abschluss aller Rechenoperationen wird der Skalenwert in eine Note umgewandelt. Für personenbezogene Kriterien werden 10 % der Pflegebedürftigen, jedoch mindestens fünf und maximal 15 Personen, zufällig ausgewählt (stationär seit 2014: je drei Bewohner in Pflegestufe 1, 2 und 3). Die Einzelnote entsteht aus

dem Skalenwert (einrichtungsbezogene Kriterien) bzw. aus dem Skalenmittelwert (personenbezogene Kriterien) aller in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen. Sind für alle Kriterien Werte verteilt, werden die Bereichsnote und die Gesamtnote jeweils als arithmetischer Mittelwert aller Einzelkriterien gebildet. Die Gesamtnote ist kein Mittelwert der Bereichsnoten. Nicht bewertete Fragen fließen nicht in die jeweilige Note ein. Werden in einem Prüfbereich z.B. nur 12 von 17 Kriterien bewertet, fließen nur die Bewertungen der 12 Kriterien in die Errechnung der Bereichs- und Gesamtnote ein (GKV-Spitzenverband et al., 2013; MDS & GKV-Spitzenverband, 2009a, 2009b; GKV-Spitzenverband, 2009).

Datengrundlage

Die empirische Untersuchung basiert auf den Qualitätsberichten von 11 884 ambulanten Pflegediensten und 10 310 Pflegeheimen. Bei bundesweit 12 300 ambulanten Pflegediensten (Statistisches Bundesamt, 2013b) und 12 400 Pflegeheimen (Statistisches Bundesamt, 2013c) – jeweils erhoben zum Dezember 2011 – kommt dies mit einer Abdeckung von 99 % (ambulant) bzw. 83 % (stationär) einer Vollerhebung aller bundesdeutschen Pflegeeinrichtungen gleich bzw. nahe. Der zugrunde liegende Datensatz für *ambulante Pflegedienste* entstammt dem frei zugänglichen Online-Portal «BKK-Pflegefinder» (BKK, 2012) und enthält Qualitätsberichte aus dem Zeitraum von Januar 2011 bis Juli 2012 von 11 884 Pflegediensten, die rund 1 050 000 Kunden versorgen. Jeder Datensatz enthält u. a. die Kontaktdaten des Pflegedienstes, die Noten der einzelnen Prüfkriterien, die Bereichs- und Gesamtnoten, das Datum der letzten Prüfung sowie die Anzahl aller versorgten Kunden. Je nach Auswertung kann die Stichprobe variieren, da bestimmte Leistungsbereiche, z. B. aufgrund feh-

Tabelle 1: Aufbau MDK-Transparenzberichte (ambulant und stationär).

	Prüfbereich	Prüfkriterien	Gesamt
Ambulant	(1) Pflegerische Leistungen (Grundpflege)	17	
	(2) Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen (Behandlungspflege)	10	
	(3) Dienstleistung und Organisation (Organisation)	10	
	(4) Befragung der Kunden (Befragung)	12	49
Stationär	(1) Pflege und medizinische Versorgung (Pflege)	35	
	(2) Umgang mit demenzkranken Bewohnern (Demenz)	10	
	(3) Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung (Betreuung)	10	
	(4) Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene (Wohnen)	9	
	(5) Befragung der Bewohner (Befragung)	18	82

(Eigene Darstellung, Quellen: GKV-Spitzenverband, 2009; GKV-Spitzenverband et al., 2008, Anlage 1)

lender Kassenzulassung, nicht erbracht und geprüft werden können.

Die Daten für die Untersuchung der stationären Pflegeeinrichtungen stammen aus dem «vdek Pflegelotsen» aus dem Zeitraum Juli 2009 bis Oktober 2012. Neben den Heimentgelten können besondere Angebote der Einrichtungen, die Platzzahl und eben auch die Pflegenoten ausgegeben werden (vdek, 2012). In die Auswertungen sind insgesamt 10310 Einrichtungen mit knapp 750000 Plätzen eingeflossen. Auch hier wurden die Einzel-, Bereichs- und Gesamtnoten betrachtet. Die unterschiedliche Auswahl der Datenquellen für ambulante und stationäre Anbieter hat rein praktische Gründe. Der Inhalt wird in beiden Suchmaschinen mit einem gleichen Datensatz von der Datenclearingstelle Pflege (DCS) zur Verfügung gestellt (vdek, 2013).

Für die Datenanalyse wurden Verfahren der deskriptiven Statistik mithilfe der Programme Microsoft Excel, Gretl und SPSS Version 20 angewendet. Die durchgeführten Analysen zielen vorrangig darauf ab, einen allgemeinen Eindruck der Verteilung der Pflegenoten zu erhalten. Die Pflegenoten wurden dabei als intervallskaliert definiert, weil diese dem Verbraucher als mit der Schulnotensystematik ver-

gleichbar erklärt werden, auch wenn dies aufgrund der Art der Umrechnung von Skalenpunkten zu Schulnoten nur eingeschränkt erfüllt ist (Bonato, 2010; Hasseler & Wolf-Ostermann, 2010). Das Zentrum der Verteilung wird durch den arithmetischen Mittelwert ausgedrückt (Durchschnitt aller Beobachtungen), ergänzt durch den gegenüber Ausreißern unempfindlichen Median. Der Interquartilsabstand zeigt sehr robust die 50 % der Pflegeanbieter, die sich «in der Mitte» befinden, also im 25. bis zum 75. Perzentil. Um die Streuung der Pflegenoten inklusive der Ausreißer darstellen zu können, wurden die Maße Standardabweichung und Variationskoeffizient (relative Streuung zum Mittelwert) gewählt. Weitere Vorgehensweisen werden bei den einzelnen Ergebnissen kurz beschrieben. Ausgewertet wurden nur die Gesamtnote und die Bereichsnote ohne die Ergebnisse der Befragung der Kunden bzw. Bewohner. Die Validität der Befragung als Qualitätsbeurteilung ist besonders umstritten (Hasseler & Wolf-Ostermann, 2010). Sie spiegelt die subjektive Einschätzung der Pflegebedürftigen wider und fällt extrem positiv aus (Rothgang et al., 2012). 86 % der Pflegedienste bzw. 63 % der Pflegeheime haben in der Befragung die Bestnote er-

halten. Die Befragungsergebnisse gehen zudem nicht in die Gesamtnote ein, sodass es auch aus diesem Grund gerechtfertigt erscheint, diese nicht weiter auszuwerten.

Ergebnisse

Lage- und Streuungsmaße

Für die Einschätzung der Qualität der Pflegeeinrichtung, gemessen an den Pflegenoten, benötigt der Verbraucher einen Überblick zur Gesamtsituation, die er über den angegebenen Landesdurchschnitt der Gesamtnote im Pflegetransparenzbericht sehen kann (BKK, 2012; vdek, 2012). Die Lage- und Streuungsmaße der Pflegenoten im ambulanten und stationären Bereich in Tabelle 2 zeigen, dass die Gesamt- und Bereichsnote für stationäre Pflegeeinrichtungen durchschnittlich (noch) besser ausfallen, als für ambulante Pflegedienste. Das arithmetische Mittel ($\bar{x}$) der Gesamtnote liegt im stationären bei 1,27 und im ambulanten Bereich bei 1,53. Vergleicht man die «pflegenahen» Bereichsnote, so sind die arithmetischen Mittel für «Pflege» ($\bar{x} = 1,48$) und «Demenz» ($\bar{x} = 1,21$) im stationären Bereich deutlich niedriger (besser) als die Noten für Grund- ($\bar{x} = 1,96$) und Behandlungspflege ($\bar{x} = 1,62$) des ambu-

Tabelle 2: Lage- und Streuungsmaße der Pflegenoten.

	Amb.	Stat.	Ambulant (n = 11 884)			Stationär (n = 10 310)			
	Gesamt	Gesamt	Grund- pflege	Behand- lungs- pflege	Organi- sation	Pflege	Demenz	Betreu- ung	Wohnen
Arithmetisches Mittel ($\bar{x}$)	1,53	1,27	1,96	1,62	1,23	1,48	1,21	1,15	1,05
Median ($\tilde{x}$)	1,30	1,20	1,50	1,00	1,00	1,30	1,00	1,00	1,00
Standardabweichung (s)	0,69	0,36	1,10	1,03	0,57	0,56	0,44	0,44	0,20
Variationskoeffizient (v)	0,32	0,28	0,62	0,65	0,26	0,38	0,36	0,39	0,19
Interquartilsabstand (IQR)	0,60	0,30	1,40	0,90	0,30	0,60	0,20	0,00	0,00

(Eigene Darstellung und Berechnung, Quellen: BKK, 2012; vdek, 2012)

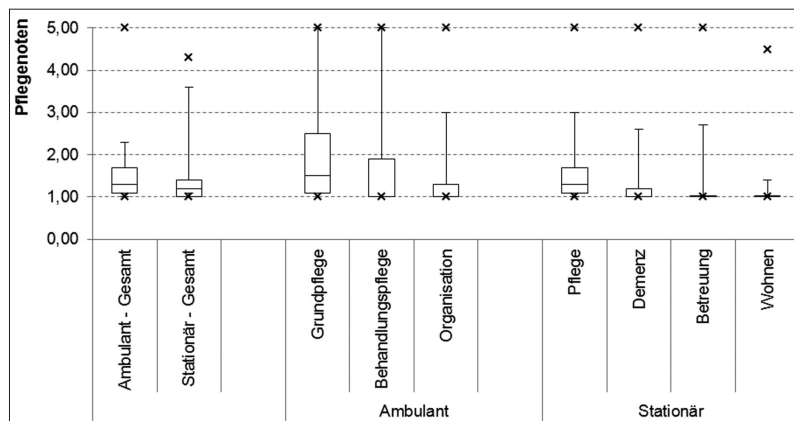


Abbildung 1: Box-and-Whiskers-Plots der Pflegenoten
(Eigene Darstellung und Berechnung, Quellen: BKK, 2012; vdek, 2012)

lantem Bereichs. Die pflegefernen Bereichsnoten «Organisation» (ambulant) «Betreuung» sowie «Wohnen» (stationär) können nur bedingt direkt verglichen werden, zeigen jedoch in beiden Sektoren ähnliche Tendenzen.

In Abbildung 1 werden die Verteilungen nochmals anhand von Box-and-Whiskers-Plots veranschaulicht. Die kleinere Streuung der stationären Ergebnisse ist insbesondere an der geringen Höhe der Box (Interquartilsabstand) zu erkennen. Die Box repräsentiert die mittleren 50% der jeweiligen Noten. Der horizontale Balken zeigt den Median ($\tilde{x}$). Dieser liegt im ambulanten Bereich durchweg höher als im stationären. Die «Antennen» begrenzen die mittleren 95% der Pflegenoten. Die jeweils beste und schlechteste Note ist durch ein Kreuz markiert.

Auffallend ist hierbei, dass bei den stationären Bereichsnoten, mit Ausnahme der Note für «Pflege», alle einen Median von 1,0 aufweisen. Dies bedeutet, dass mehr als die Hälfte aller Einrichtungen die Note 1,0 erhalten haben. Zusätzlich sind bei «Wohnen» und «Betreuung» mit einem Interquartilsabstand von 0 (Höhe der Box gleich 0) fast «Einheitsnoten» vergeben worden: mehr als 75% der Einrichtungen erhalten hier eine 1,0. Bei den ambu-

lantem Pflegediensten ist ein ähnliches Ergebnis zu beobachten. Bei «Behandlungspflege» und «Organisation» liegt der Median exakt am unteren Ende der Box. Über 50% der Dienste haben hier die Note 1,0 erhalten, bei «Organisation» sind es sogar 70%. Die Höhe dieser Box ist im Verhältnis relativ groß, da der Durchschnitt der Pflegedienste, die keine 1,0 erhalten, im Mittel bei 2,36 liegt.

Bei der Betrachtung der Einzelkriterien fällt auf, dass ambulant mit den Durchschnittsnoten 3,23 bzw. 2,42 vor allem die beiden Kriterien «Kontrakturprophylaxe» (Nr. 13) und «Angehö-

rigeninformation bei Demenz» (Nr. 16) die Bereichs-/Gesamtnote nach unten ziehen. Stationär divergieren nur im Prüfbereich «Pflege» vier solcher Kriterien deutlich: «Ort/Entstehung chronischer Wunden/Dekubitus» (Nr. 8, durchschnittliche Note 2,35), «Erfassung Kontrakturrisiko» (Nr. 27; Note 2,16), «Durchführung Kontrakturprophylaxe» (Nr. 28; Note 2,57) und «Arztkooperation bei Schmerzpatienten» (Nr. 21; Note 2,21).

Datenlücken

Innerhalb der Daten bestehen auf der Ebene der Einzelkriterien zum Teil erhebliche Datenlücken. Hierbei handelt es sich um Kriterien, die nicht gewertet wurden. Ohne die Kundenbefragung zu betrachten, bleiben *stationär* durchschnittlich 8,1% der einzelnen Prüfkriterien unbewertet, wobei die meisten fehlenden Angaben mit 14,4% im Bereich «Pflege» zu finden sind. In der *ambulanten Pflege* bleibt durchschnittlich jedes dritte Prüfkriterium unbewertet. Hier liegen die meisten fehlenden Angaben im Bereich «Behandlungspflege» (63,3%) als auch im Bereich «Grundpflege» (40,2%), weil die entsprechenden Leistungen bei den begutachteten Pflegebedürftigen nicht erbracht werden. Dies schließt

Tabelle 3: Häufigste unbewertete Prüfkriterien im ambulanten Bereich.

Nr.	Prüfkriterium	Anzahl (n = 11 884)	%
5	Info Flüssigkeitsdefizit	10 599	89,2
8	Info Ernährungsdefizit	9 944	83,7
17	Freiheitsentziehung	10 105	85,0
20	Blutdruckmessung	11 281	94,9
21	Soorprophylaxe Beatmung	11 640	97,9
22	Blutzuckermessung	9 115	76,7
25	Katheterisierung	9 743	82,0
26	Stoma-Behandlung	11 440	96,3
Anteil aller unbewerteten Prüfkriterien			36,5

(Eigene Darstellung und Berechnung, Quelle: BKK, 2012)

aber nicht aus, dass diese Kriterien geprüft werden könnten, wenn andere Klienten ausgewählt worden wären. Die Prüfkriterien für «Organisation» sind dagegen fast vollständig (3,1 % fehlende Angaben).

In Tabelle 3 sind die Prüfkriterien dargestellt, die bei über 75 % der ambulanten Pflegedienste unbewertet bleiben. Weitere sechs Kriterien werden zu über 50 % nicht in die Wertung einbezogen. Dabei handelt es sich um Kriterien der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme sowie um die Behandlung chronischer Wunden (Nr. 2, 3, 4, 6, 7 und 18). Es fällt auf, dass ambulant vor allem die genannten, selten bewerteten Kriterien besser ausfallen, als die jeweilige Bereichsnote.

Im Bereich der *stationären Pflege* liegen die größten und wesentlichen Datenlücken mit 63 % in den Prüfkriterien zum Thema chronische Wunden/Dekubitus (Fragen 8 bis 11) bzw. 72 % in Frage 19 (Geschmacksanregung bei Sondenernährung). Die Fragen 9 bis 11 können nur bewertet werden, wenn Frage 8 bewertet werden konnte. Im Gegensatz zum ambulanten Bereich liegen hier keine Auffälligkeiten in der Notengebung der selten bewerteten Kriterien vor.

Pflegenähe und pflegeferne Kriterien

Laut Prüfinstrument liegt das Verhältnis von pflegenahen zu pflegefernen Kriterien im *ambulanten Bereich* bei 27 zu 10. Durch die Datenlücken von durchschnittlich 48,9 % in den pflegenahen Kriterien verschiebt sich das Verhältnis auf durchschnittlich 14 pflegenähe zu 10 pflegefernen Kriterien. *Stationär* sind 38 pflegenähe («bewohnerbezogene») und 26 pflegeferne («einrichtungsbezogene») Kriterien vorgesehen. Bei durchschnittlich 13,4 % ungeprüften pflegenahen Kriterien gehen durchschnittlich nur 33 pflegenähe mit 26 pflegefernen Kriterien in die Wertung ein. In den pflegefernen Bereichen liegen wie oben beschrieben nur

Tabelle 4: Korrelationsmatrix der Pflegenoten ambulant (n = 11 884).

	Grundpflege	Behandlungspflege	Organisation	Gesamt
Grundpflege	1			
Behandlungspflege	0,347	1		
Organisation	0,370	0,213	1	
Gesamt	0,849	0,542	0,703	1

(Eigene Darstellung und Berechnung, Quelle: BKK, 2012)

Tabelle 5: Korrelationsmatrix der Pflegenoten stationär (n = 10 310).

	Pflege	Demenz	Betreuung	Wohnen	Gesamt
Pflege	1				
Demenz	0,558	1			
Betreuung	0,352	0,388	1		
Wohnen	0,260	0,302	0,333	1	
Gesamt	0,920	0,725	0,601	0,436	1

(Eigene Darstellung und Berechnung, Quelle: vdek, 2012)

sehr geringe Datenlücken vor. Durch die Bildung der Gesamtnote aus den Einzelkriterien führt die Konstruktion des Instruments zu einer Angleichung von pflegerischen und organisatorischen Prüfschwerpunkten. Die durchschnittlich besseren pflegefernen Noten lassen vermuten, dass diese die schlechteren pflegenahen Noten ausgleichen und somit die Gesamtnote positiv beeinflussen können (Tabelle 2). Mithilfe der Korrelationsmatrix (Tabelle 4 und 5) lässt sich prüfen, ob gute pflegenähe oder gute pflegeferne Noten stärker mit einer guten Gesamtnote einhergehen.

Dargestellt sind jeweils die Korrelationskoeffizienten r . Sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Pflege zeigt sich, dass die Ergebnisse der Teilskalen allesamt positiv miteinander korreliert sind. Die Korrelation ist insbesondere in den pflegenahen Bereichen sehr ausgeprägt. Im *ambu-*

lantenen Bereich korrelieren die pflegerischen Bereichsnoten für «Grundpflege» ($r = 0,849$) und «Behandlungspflege» ($r = 0,542$) deutlich mit der Gesamtnote. Einschränkung wirkt hierbei, dass die Note für «Organisation» stärker mit der Gesamtnote korreliert. Im *stationären Sektor* ist die Korrelation der pflegenahen Bereichsnoten mit der Gesamtnote sehr hoch ($r = 0,920$ für «Pflege» und $r = 0,725$ für «Demenz»). Positive pflegenähe Bewertungen gehen somit mit positiven Bewertungen in den Teilbereichen «Organisation» bzw. «Betreuung» und «Wohnen» einher.

Betrachtet man die Einrichtungen mit einer Gesamtnote von 1,0, zeigt sich, dass von den 2622 Pflegediensten nur bei sechzehn Pflegediensten (0,6 % bzw. 0,001 % von 11 884 Pflegediensten) einmal die Note 5,0 bei einem pflegenahen Kriterium vorlag. Bei den 2902 stationären Einrichtungen mit

der Gesamtnote 1,0 lagen bei 207 (7,1 %) Einrichtungen eine und bei zwei Einrichtungen zwei mit 5,0 bewertete Kriterien vor.

Risikokriterien

Für die *ambulante Pflege* wurden zwei Vorschläge zu unterschiedlich definier-

ten Risikofaktoren erarbeitet mit dem Ziel, dem Verbraucher für die Qualität des Pflegedienstes besonders relevante Prüfkriterien aufzuzeigen (Hasseler & Wolf-Ostermann, 2010; MDS, 2010). Der Vorschlag des MDS mit acht Risikokriterien basiert auf «der Grundlage pflegfachlicher und medizinischer

Überlegungen und vorangegangener Erfahrungen» (MDS, 2010; 27), während der zweite Vorschlag die Risikokriterien mittels internationaler Literaturrecherche unter anderem definiert als «durch die (...) Dienste beeinflussbar», «bewohner- und patientenbezogen» und «deren Nichterfüllung zu Pflegedefiziten führen» (Hasseler & Wolf-Ostermann, 2010; 221).

Um zu prüfen, ob die *ambulanten Risikokriterien* (Tabelle 6) die Aussagekraft durch stärkere Differenzierung bzw. Streuung erhöhen, werden diese jeweils zu einem Index zusammen gezogen und für diesen Lage- und Streumaße berechnet (Tabelle 7). Zum Vergleich sind ebenfalls die Lage- und Streumaße für *stationäre Risikofaktoren* angegeben. Rothgang et al. (2012) haben hierfür zwei Szenarien berechnet. Zum einen wurde ein Index aus den vom GKV-Spitzenverband (2013a) vorgeschlagenen sechs Kriterien gebildet, die im Schwerpunkt die Lebensqualität des Bewohners bewerten. Der zweite Vorschlag beinhaltet die 15 Kernkriterien, welchen eine besondere Stellung bei der Beurteilung des Gesundheitszustands von Pflegebedürftigen und der Weiterentwicklung des

Tabelle 6: Ambulante Risikokriterien.

Risikokriterien nach Hasseler		Risikokriterien des MDS	
Nr. und Bezeichnung des Risikokriteriums	MW	Nr. und Bezeichnung des Risikokriteriums	MW
5 Info Angehörige Flüssigkeitsdefizit	1,39	1 Körperpflege	1,78
8 Info Angehörige Ernährungsdefizit	1,64	2 Essen und Trinken	1,54
11 Dekubitus-erfassung	1,68	5 Info Angehörige Flüssigkeitsdefizit	1,39
13 Kontrakturprophylaxe	3,23	8 Info Angehörige Ernährungsdefizit	1,64
15 Demenz	1,89	12 Lagerung	1,88
17 Freiheitseinschränkung	1,54	13 Kontrakturprophylaxe	3,23
21 Soorprophylaxe (Beatmung)	1,42	18 Wundbehandlung	1,53
26 Stomabehandlung	1,20	19 Medikamentengabe	1,77

(MW = Mittelwert, Arithmetisches Mittel; Eigene Darstellung und Berechnung; Quelle: BKK, 2012)

Tabelle 7: Lage- und Streuungsmaße der Risikokriterien.

	Ambulant			Stationär		
	Pflegenoten ¹	Kriterien Hasseler ²	Kriterien MDS ³	Note «Pflege»	«Sechs relevante Kriterien» ⁴	«15 Kernkriterien» ⁵
Arithmetisches Mittel	1,80	2,19	2,04	1,48	1,66	1,72
Median	1,62	2,08	1,95	1,30	1,52	1,57
Standardabweichung	0,72	1,14	0,96	0,56	0,65	0,64
Variationskoeffizient	0,52	1,29	0,91	0,38	0,39	0,37
Interquartilsabstand	0,90	2,00	1,42	0,60	1,00	0,90

¹ In diese Note wurden alle Kriterien aus den Bereichen «Grundpflege» und «Behandlungspflege» (Nr. 1 bis 27) der PTVA einbezogen.

² In diese Note wurden die Kriterien 5, 8, 11, 13, 15, 17, 21 und 26 der PTVA einbezogen.

³ In diese Note wurden die Kriterien 1, 2, 5, 8, 12, 13, 18 und 19 der PTVA einbezogen.

⁴ In diese Noten wurden die Kriterien 7, 10, 11, 14, 15, 17, 18, 20, 22, 23, 26, 27, 28, 29 und 30 der PTVS einbezogen.

⁵ In diese Noten wurden die Kriterien 7, 15, 18, 20, 23 und 26 der PTVS einbezogen.

(Eigene Berechnung; Quellen: BKK, 2012; vdek, 2012)

Instruments zugeschrieben werden (GKV-Spitzenverband, 2013b). Alle untersuchten Lage- und Streumaße (Tabelle 7) fallen höher (schlechter) aus als die aktuellen Noten und zeigen eine etwas höhere Streuung. Diese fällt beim ambulanten «Hasseler-Vorschlag» am deutlichsten aus. Nur die Hälfte der Pflegedienste erhält eine bessere Note als 2,1. Allerdings werden diese Ergebnisse maßgeblich durch die pflegewissenschaftlich in Nutzen und Wirkung nicht belegte Kontrakturprophylaxe beeinflusst (Huhn, 2011). Im stationären Bereich sind ebenfalls Unterschiede erkennbar, jedoch ebenfalls nur in geringem Ausmaß.

Diskussion

Die Lage- und Streumaße zeigen einen Deckeneffekt mit sehr guten Noten bei geringer Streuung. Dies wird durch die bisherige Umrechnung der Skalenwerte in eine Note begünstigt, bei der die Intervalle zwischen den Noten im Bereich 1,0 bis 1,4 deutlich größer sind als zwischen den Noten 1,5 bis 5,0 (Bonato, 2010). Die geringe Streuung reduziert zwar schon an und für sich die Nützlichkeit für den Verbraucher, entwertet den Vergleich aber nicht vollständig, solange die Validität der Kriterien gegeben ist und die Noten die Realität abbilden. Angesichts der zahlreichen kritischen Veröffentlichungen zu den Pflegenoten und der sehr guten Ergebnisse, die im Widerspruch zu vielen Berichten über Pflegemängel zu stehen scheinen, ist dies jedoch zu diskutieren. Kriterien der Ergebnisqualität werden kaum geprüft. Bessere Noten bilden demnach nicht zwangsläufig eine bessere Pflegequalität ab, sondern möglicherweise eine Optimierung im Sinne der MDK-Prüfkriterien, wie zahlreiche veröffentlichte Tipps und Tricks zur erfolgreichen Prüfvorbereitung vermuten lassen (Raif, 2011; Eckardt, 2010; Peters &

Vogt, 2009). Zudem prüfen die Pflege-transparenzkriterien gesetzlich festgelegte Mindeststandards, sodass der Referenzpunkt nicht eine durchschnittlich «gute» bis «befriedigende Leistung» wie bei Schulnoten sein kann. Stattdessen entspräche jede Abweichung von der Note 1,0 der Nichterfüllung einer Mindestanforderung und wäre daher ungleich stärker zu bewerten (Rothgang et al., 2012). Dies wird durch die Analogie zu den Schulnoten aber nicht deutlich.

Aus den Ergebnissen der Analyse der Datenlücken ist abzuleiten, dass die Konstruktion des Prüfinstruments einschließlich der Art der Stichprobenziehung dazu führt, dass erstens zahlreiche Kriterien anhand der kleinen Zufallsstichprobe nicht prüfbar sind. Pflegeanbieter erzielen sogar schlechtere Bereichs- und Gesamtnoten, wenn sich an den Pflegebedürftigen nicht alle Prüfkriterien prüfen lassen. Zweitens werden die Bereichs- und Gesamtnoten unter verschiedenen Pflegeanbietern nicht zwingend aus denselben Prüfkriterien gebildet. Nicht einmal derselbe Pflegeanbieter wird im Folgejahr unbedingt an denselben Kriterien gemessen. Den Autoren liegen weitere Pflege-transparenzberichte vor, die einen Vergleich zwischen mehreren Prüfungen eines Pflegeanbieters ermöglichen. Erste Analysen von 2266 Berichten von 1092 verschiedenen Pflegediensten deuten darauf hin, dass durchschnittlich mehr als sechs abweichende Prüfkriterien (fast ausschließlich aus den pflegenahen Bereichen) in eine neue Wertung einfließen als in der Vorjahresprüfung. Dies lässt darauf schließen, dass Prüfkriterien nicht in die Wertung eingehen, obwohl sie (mit anderer Stichprobenziehung) zumindest teilweise prüfbar wären. Genaue Evidenz zur potenziellen Prüfbarkeit gäbe es erst, wenn zusätzlich zu den Pflegenoten Informationen über die tatsächlich erbrachten

Leistungen eines Pflegeanbieters vorliegen. Insofern gibt es Hinweise darauf, dass die Datenlücken die direkte Vergleichbarkeit von Einrichtungen verringern.

Wenn wie im ambulanten Bereich zahlreiche Prüfkriterien äußerst selten bewertet werden, stellt sich zudem die Frage, ob die geprüften Kriterien die Arbeitsrealität ambulanter Pflege bzw. die Erlebenswelt Pflegebedürftiger treffen. «Maßnahmen der Freiheitsentziehung» (Prüfkriterium Nr. 17) oder «notwendige Prophylaxen bei beatmeten Pflegebedürftigen» (Nr. 21) kommen in der ambulanten Pflege denkbar selten vor. «Blutdruckmessung» und «Blutzuckermessung» (Nr. 20 und 22) gelangen selten in die Stichprobe, weil diese Leistungen von den Krankenkassen nur noch in seltenen Ausnahmefällen genehmigt und vergütet werden (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2011). Warum im ambulanten Bereich vor allem die genannten, selten bewerteten Kriterien besser ausfallen, als die jeweilige Bereichsnote, bleibt unklar.

Bei den Datenlücken im stationären Bereich sind die Gründe für seltene Bewertungen ebenfalls gut nachvollziehbar: chronische Wunden und Sondenernährung kommen selten vor und gelangen noch seltener in die Zufallsstichproben der MDK-Prüfung. Der MDS liefert für die Wundversorgung der Bewohner eine Prävalenzrate von 8% und erklärt, dass die Begutachtung von Dekubitus aus ethischen Gründen nicht immer möglich sei (MDS, 2012). Zudem beziehen sich die Dekubituskriterien in der Transparenzvereinbarung für den stationären Sektor nicht auf die Prophylaxe, sondern auf die Behandlung bestehender Wunden/Dekubitus, deren Vermeidung zu den Zielen professioneller Pflege gehören (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, 2010, 2004). Vor diesem Hintergrund muss die Relevanz der

Prüfkriterien und somit ihre Nützlichkeit für den Verbraucher in Frage gestellt werden.

Die Konstruktion des Prüfinstruments sowie die Datenlücken führen dazu, dass pflegeferne Prüfkriterien einen deutlich höheren Einfluss auf die Bildung der Gesamtnote nehmen als vorgesehen. Die pflegenahen Kriterien verlieren dadurch an Gewicht. Da die Noten in den pflegefernen Bereichen besser ausfallen, hat in der Qualitätsprüfung derjenige Pflegeanbieter einen Vorteil, der aufgrund der Stichprobenziehung mit einer geringeren Anzahl pflegenaher Kriterien geprüft wird. Für die Bildung der Bereichsnote laufen allerdings bei einer schlechten pflegenahen Bewertung die Pflegeanbieter mit vielen Datenlücken eher Gefahr, eine schlechtere Bereichsnote zu erzielen, da diese erstens nur durch wenige weitere Bereichskriterien ausgeglichen werden kann und zweitens die selten geprüften Kriterien bessere Bewertungen erzielen. Dass schlechte pflegenahen Noten regelmäßig durch gute pflegeferne Noten ausgeglichen werden, kann nicht bestätigt werden. Die Korrelationsanalyse spricht, insbesondere im stationären Bereich, dagegen.

Eine stärkere Gewichtung der vorgeschlagenen Risikokriterien führt in dem bestehenden Prüfsystem zu einer leicht stärkeren Differenzierung der Pflegenoten. Nach derzeitigem Forschungsstand ist jedoch unklar, welche Kriterien der Verbraucher als relevant für die Auswahl eines Pflegeanbieters ansieht. Vor diesem Hintergrund muss die Nützlichkeit dieser Risikokriterien infrage gestellt werden.

Die neue Stichprobenziehung im stationären Bereich seit 2014 mit je drei Pflegebedürftigen in den Pflegestufen 1, 2 und 3 führt zu einer anteilig stärkeren Berücksichtigung schwer Pflegebedürftiger. Dadurch könnten bisher selten geprüfte Kriterien häufiger in

die Zufallsstichprobe gelangen. Werden unabhängig von der Einrichtunggröße nun stets neun Pflegebedürftige geprüft, sinkt allerdings bei großen Einrichtungen, bei denen nach alter Regel mehr als neun Pflegebedürftige geprüft werden mussten, die ohnehin eingeschränkte Repräsentativität der Ergebnisse weiter.

Schlussfolgerungen

Zusammengefasst wird die Aussagekraft der Pflegenoten sowohl durch die Fragestellung der Prüfkriterien als auch durch die Größe der Stichprobe und der Art ihrer Ziehung begrenzt. Die Vergleichbarkeit und somit die Nützlichkeit für den Verbraucher wird dadurch deutlich eingeschränkt.

Für eine Optimierung des Prüfsystems wäre erstens zu diskutieren, welche Prüfkriterien für den Verbraucher relevant und nützlich sind. Dazu muss die bestehende Forschung zu stationären Ergebnis- und Lebensqualitätskriterien weiter vertieft und umgesetzt werden. Ein Weg kann eine Weiterentwicklung des «Indikatoren gestützten Verfahrens» sein, welches im Pflege-Neuausrichtungsgesetz in § 113 SGB XI vorgeschrieben und für den stationären Bereich vorgeschlagen wurde (u.a. BMG & BMFSFJ, 2011; Bonato, 2011). Für den ambulanten Bereich sind ebenfalls erste Ansatzpunkte vorhanden (Wingenfeld & Schumacher, 2013). Generell ist eine eigene Erforschung auch für diesen Bereich unumgänglich, da eine Adaption stationärer Kriterien auf das sich unterscheidende ambulante Setting nicht möglich ist. Der komplexe Einfluss der informellen Pflege mit weiteren Akteuren in der häuslichen Versorgung macht den größten Unterschied zur stationären Pflege aus. Dabei sollte eine Orientierung an der fallbezogenen Stabilisierung von Pflegesituationen statt

professioneller Fachlichkeit als Hauptkriterium ergebnisorientierter Pflege umgesetzt werden (Büscher & Schnepf, 2011).

Zweitens ist ein anderer Umgang mit den Datenlücken erforderlich. Um die Vergleichbarkeit zwischen Pflegeanbietern sowie über denselben Anbieter im Zeitverlauf zu erhöhen, können statistische Imputationsverfahren eingesetzt werden, bei denen Datenlücken z.B. mit Landes- und Anbietermittelwerten oder Noten der Vorjahresprüfung desselben Anbieters geschlossen werden. Vorzuziehen wäre jedoch eine Modifikation der Stichprobenziehung auch über das seit 2014 für den stationären Bereich geltende Verfahren hinaus, mit der solche Kunden bzw. Bewohner in die Stichprobe aufgenommen werden, bei denen die vorgesehenen Kriterien geprüft werden können. Dies ist zudem notwendig, um die bestehenden Nachteile in der Bewertung zu verhindern.

Drittens wäre die für den stationären Bereich seit 2014 gültige, in den Abständen stringente (und strengere) Notenskala auch für den ambulanten Bereich notwendig.

Darüber hinaus ist die bislang fehlende wissenschaftliche Evidenz über Nutzen und Wirkung der Kontrakturprophylaxe, die sich in dem häufigen Vorkommen schlechter Bewertungen in beiden Settings widerspiegelt, zu gewinnen. Stationär wird dieses Problem nicht gelöst, sondern seit 2014 durch Entfernung der Kontrakturprophylaxe aus dem Prüfkatalog umgangen.

Trotz der methodischen Kritik bleiben die Pflegenoten neben der persönlichen Begutachtung die einzige Möglichkeit, sich vorab über den Pflegeanbieter zu informieren. Insbesondere die Möglichkeit, Pflegeeinrichtungen nach einzelnen Kriterien zu vergleichen wie mit den Online-Portalen möglich (AOK-Bundesverband, 2013),

verschafft dem Verbraucher kurzfristig einen weiteren Einblick. Die Qualitätsprüfungen und -bewertungen sollten jedoch von Grund auf überarbeitet werden.

Danksagung

Die Autorin dankt dem Cusanuswerk für die Förderung ihres Promotionsvorhabens.

Analysis of public quality reports for home care and long-term care with respect to their usefulness for the customer

Background: Public quality reports, based on new legislative regulations of 2008, were supposed to offer potential customers the possibility to make a well-informed choice of a care provider.

Aim: This empirical study on marks for long-term care is based on the public quality reports of the Medical Service of the Health Insurance Companies (MDK), of 11884 home care services and 10310 nursing homes, which corresponds to a comprehensive survey of almost all care providers in Germany.

Method: Descriptive statistical methods and discussion of the results concerning the customer benefit.

Results: The analysis of transparency reports reveals a limited value for customers, which is particularly caused by very good quality results with low scattering. In addition, a high amount of missing data – especially in the area of home care providers – leads to a growing influence of service criteria on the final grade. Though deficits in nursing might be compensated by good marks in ser-

vice criteria, it rarely occurs. At present, a more detailed look at risk criteria hardly improves the customer benefit.

Conclusion: The marks for nursing need to be improved to increase their informative value for the customer.

Key words: Assessment of quality, public reporting, quality of long-term care services, long-term care, home care

Literatur

- AOK-Bundesverband (Hrsg.) (2013). AOK-Pflegenavigatoren ermöglichen noch gezieltere Suche nach geeigneten Einrichtungen. http://www.aok-bv.de/gesundheits/pflege/index_09888.html [25.04.13].
- Augurzky, B.; Krolop, S.; Mennicken, R.; Schmidt, H.; Schmitz, H.; Terkatz, S. (2011). Pflegeheim Rating Report 2011. Boom ohne Arbeitskräfte? Essen: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI Materialien, 68).
- Augurzky, B.; Mennicken, R.; Röhrig, B.; Weibler-Villalobos, U. (2010). Bietet ein teureres Pflegeheim auch eine bessere Qualität? Evidenz aus Rheinland-Pfalz. Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement, 15 (06), 292 – 298.
- Bastian, A.; Ernst, M.; Seger, W. (2013). Bieten teure Pflegeheime eine bessere Qualität der Pflege und Versorgung? Pflegewissenschaft, (4), 216 – 222.
- BKK (Hrsg.) (2012). BKK PflegeFinder. Hrsg. v. BKK Bundesverband. <http://www.bkk-pflegefinder.de> [18.01.13].
- Bonato, M. (2010). Kritik an der Methodik der Pflege-Transparenzberichte. Gutachterliche Stellungnahme im Auftrag der Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe. Münster.
- Bonato, M. (2011). Zukunft Pflege: Qualitätsbericht statt «Pflege-TÜV». Konzept zur Messung und Darstellung der Pflegequalität auf wissenschaftlicher Basis. Abschlussbericht der Bonato-Kommission. Hrsg. v. Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. (VDAB) und Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege e.V. (ABVP). Essen, Hannover.
- Bundesministerium für Gesundheit und Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMG & BMFS-FJ) (Hrsg.). (2011). Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Abschlussbericht. Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW).
- Bundessozialgericht (2013). Urteil vom 19.5.2013, B 3 P 5/12 R. SG Köln.
- Büscher, A.; Schnepf, W. (2011). Die Bedeutung von Familien in der pflegerischen Versorgung. In: Schaeffer, D.; Wingenfeld, K., Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim und München: Juventa. 469 – 487.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.). (2010). Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. 1. Aktualisierung 2010. Osnabrück.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.). (2004). Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. 2. Aufl. Osnabrück.
- Diakonie RWL (Hrsg.). (2010). Schaffen Pflegenoten Transparenz? Eine Stellungnahme der Diakonie RWL. Diakonische Zwischenrufe_02. http://www.diakonie-rwl.de/cms/media/pdf/publikationen/DiakonischeZwischenrufe_02_Transparenzberichte-und-Pflegenoten.pdf [25.04.13].
- Eckardt, T. (2010). Den Prüfer als Gast empfangen. Qualitätsprüfung und Qualitätssicherung in Pflegeeinrichtungen. Pflegezeitschrift: Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege, 63 (8), S. 496 – 497.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.). (2011). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie) in der Neufassung vom 17. September 2009, zuletzt geändert am 21. Oktober

- 2010, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2011.
- Geraedts, M.; Brechtel, T.; Zöll, R.; Herme-ling, P. (2012). Beurteilungskriterien für die Auswahl einer Pflegeeinrichtung. In: Böcken, J.; Braun, B.; Repschläger, U. (Hrsg.). Gesundheitsmonitor 2011. Gütersloh. 155–172.
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (2009). Ver-fahren zur Notenberechnung entspre-chend der Bewertungssystematik der Transparenzvereinbarungen. PTVS vom 17.12.2008 bzw. der PTVA vom 29.01.2009. 05.11.2009. http://www.mdk-nordrhein.de/download/GKV-Spitzenverban_Verfahren-Notenbe-rechnung.pdf [25.04.13].
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (2013a). Relevante Pflegekriterien bei Pflege-heimen. http://www.pflegenoten.de/service/tipps_zur_auswahl/tipps_zur_auswahl.jsp [25.04.13].
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (2013b). Überarbeitung der Bewertungssyste-matik. http://www.pflegenoten.de/wissenschaftliche_evaluation_und_weiterentwicklung/wissenschaftliche_evaluation_und_weiterentwicklung.jsp [25.04.13].
- GKV-Spitzenverband; Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene; Bundesarbeitsgemein-schaft der überörtlichen Träger der So-zialhilfe; Bundesvereinigung der kom-munalen Spitzenverbände (Hrsg.). (2008). Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI über die Kriterien der Ver-öffentlichung sowie die Bewertungssys-tematik der Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenver-sicherung sowie gleichwertiger Prüfer-gebnisse in der stationären Pflege. Pfl-ege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS). 17. Dezember 2008.
- GKV-Spitzenverband; Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene; Bundesarbeitsgemein-schaft der überörtlichen Träger der So-zialhilfe; Bundesvereinigung der kom-munalen Spitzenverbände (Hrsg.). (2009). Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI über die Kriterien der Ver-öffentlichung sowie die Bewertungs-systematik der Qualitätsprüfun-gen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowie gleichwer-tiger Prüfergebnisse von ambulanten Pflegediensten. Pflege-Transparenz-vereinbarung ambulant (PTVA). 29. Ja-nuar 2009.
- GKV-Spitzenverband; Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene; Bundesarbeitsgemein-schaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe; Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände (Hrsg.). (2013). Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungs-systematik der Qualitätsprüfun-gen nach § 114 Abs. 1 SGB XI sowie gleichwertiger Prüfergebnisse in der stationären Pflege – Pflege-Transpa-renzvereinbarung stationär (PTVS) – vom 17. Dezember 2008 in der Fassung vom 10.06.2013.
- Görres, S.; Hasseler, M.; Mittnacht, B. (2009). Gutachten zu den MDK-Quali-tätsprüfungen und den Qualitätsbe-richten im Auftrag der Hamburgischen Pflegegesellschaft e.V.; ipp schriften 02. Universität Bremen. Institut für Public Health und Pflegeforschung (ipp).
- Hasseler, M.; Wolf-Ostermann, K. (2010). Wissenschaftliche Evaluation zur Be-urteilung der Pflege-Transparenzver-einbarungen für den ambulanten (PTVA) und stationären (PTVS) Be-reich. [http://www.pflegenoten.de/wissenschaftliche_evaluation_und_weiterentwick-lung.jsp](http://www.pflegenoten.de/wissenschaftliche_evaluation_und_weiterentwicklung/wissenschaftliche_evaluation_und_weiterentwick-lung.jsp) [11.02.14].
- Huhn, S. (2011). Kontrakturen: Prophylaxe auf dem Prüfstand. Heilberufe. 63 (10), 26–28.
- Klie, T. (1999). Qualität in der häuslichen Pflege. DAK Versicherten-Befragung 1999. Evangelische Fachhochschule Freiburg.
- Klie, T. (2011). «Noten in den Schulen rei-chen!». Die Schwester, der Pfleger, 50 (7), 674–676.
- Klie, T.; Stoffer, F. (2011). Moratorium Pfl-ege-noten. Nein zu Pflege-Noten. Köln. www.moratorium-pflegenoten.de [03.02.13].
- Mennicken, R. (2013). Preise und Qualität in Pflegeheimen – Erste empirische Er-gebnisse für Deutschland. Gesund-heitswesen, 75 (02), 99–101.
- MDS (Hrsg.). (2010). Evaluation der Transparenzvereinbarungen. Quanti-tative und qualitative Auswertung der Transparenzergebnisse der Medizinischen Dienste für die stationäre und ambulante Pflege. Abschlussbericht 16.02.2010. Hrsg. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Kran-kenkassen e.V. (MDS). Essen.
- MDS (Hrsg.). (2012). 3. Bericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI. Qualität in der ambulanten und stationären Pfl-ege. Hrsg. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Kranken-kassen e.V. (MDS). Essen.
- MDS; GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (2009a). Grundlagen der MDK-Qualitätsprü-fungen in der ambulanten Pflege. Qualitätsprüfungs-Richtlinien, MDK-Anleitung, Transparenzvereinbarung. Hrsg. Medizinischer Dienst des Spit-zenverbandes Bund der Krankenkas-sen e.V. (MDS) und GKV-Spitzenver-band. Essen, Berlin.
- MDS; GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (2009b). Grundlagen der MDK-Qualitätsprü-fungen in der stationären Pflege. Quali-tätsprüfungs-Richtlinien, MDK-Anlei-tung, Transparenzvereinbarung. Hrsg. Medizinischer Dienst des Spitzenver-bandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) und GKV-Spitzenverband. Es-sen, Berlin.
- Möller, J.; Panhorst, H.; Zieres, G. (2010). Qualitätsberichterstattung für ambu-lante Pflegedienste. Anspruch und Re-alität. Gesundheitsökonomie & Quali-tätsmanagement, 15, 185–191.
- Panhorst, H.; Möller, J. (2013). Begleit-forschung zur Umsetzung der Pflege-Transparenzvereinbarung stationär durch den medizinischen Dienst der Krankenversicherung Rheinland-Pfalz. Abschlussbericht. Hamburger Fern Hochschule. Hamburg.
- Peters, A.; Vogt, V. (2009). Schulnote eins. Mit Erfolg durch die stationäre MDK-Prüfung. Hannover: Vincentz Network.
- Raiß, M. (2011). Von Fehlern, Fallen und Fakten. Wenn der MDK vor der Tür steht. Pflegezeitschrift: Fachzeitschrift für stationäre und ambulante Pflege, 64 (8), 486–488.
- Roth, G. (2001). Qualitätsmängel und Rege-lungsdefizite der Qualitätssicherung in

der ambulanten Pflege. Nationale und internationale Forschungsergebnisse. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Stuttgart: Kohlhammer.

Rothgang, H.; Müller, R.; Unger, R.; Weiß, C.; Wolter, A. (2012). BARMER GEK Pflegebericht 2012. Schwerpunktthema: Kosten bei Pflegebedürftigkeit (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, 17).

Simon, M.; Schmidt, S. G.; Schwab, C. G. G.; Hasselhorn, H.-M., Bartholomeyczik, S. (2013): Messung der Pflegequalität in der Langzeitpflege. Bundesgesundheitsblatt, 56 (8), 1088 – 1097.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2013a). Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2013b). Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Ambulante Pflegedienste. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2013c). Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Pflegeheime. Wiesbaden.

vdek (Hrsg.). (2012). vdek Pflegelotse. Hrsg. v. Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek). <http://www.pflegelotse.de> [18.01.13].

vdek (Hrsg.) (2013). Daten Clearing Stelle (DCS) Pflege für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen. <http://www.vdek.com/vertragspartner/Pflegeversicherung/DatenClearingStelle.html> [09.09.13].

Wingenfeld, K., Schumacher, F. (2013): Es ist noch viel zu tun. Ergebnisqualität in der ambulanten Pflege. Die Schwester, der Pfleger, 52 (8), 804 – 807.

Was war die größte Herausforderung bei Ihrer Studie?

Die Datenbeschaffung sowie das konzeptionelle Zusammenführen ambulanter und stationärer Ergebnisse.

Was wünschen Sie sich bezüglich der Thematik für die Zukunft?

Einen stärkeren Fokus der Qualitätsprüfung auf Ergebnisqualität, eine Reduzierung der Verwaltungsarbeit für Pflegenden, und Forschung zu den Bedürfnissen der Verbraucher.

Was empfehlen Sie den LeserInnen zum Weiterlesen/Vertiefen?

Die Dissertationen der ersten beiden Autoren, die voraussichtlich 2015 fertig gestellt sind.



Korrespondenzadresse

Susanne Sünderkamp, Dipl. Pflegewirtin (FH)
Doktorandin bei Prof. Dr. Heinz Rothgang
Zentrum für Sozialpolitik (ZeS)
Postfach 33 04 40
28334 Bremen
Deutschland

suenderk@uni-bremen.de