

## **Sind die PTVS\* alternativlos?**

\*Pflegetransparenzvereinbarungen stationär

Sehr geehrte Damen und Herren,

lassen Sie mich Ihnen direkt zu Beginn von aktuellen Ereignissen im Saarland in Zusammenhang mit den PTVS berichten. Im Juni 2012 war es im Saarland zu einem so genannten „Pflegeskandal“ gekommen. Nach den derzeitigen Erkenntnissen hatten zwei Krankenpfleger Pflegebedürftige misshandelt und bestohlen, möglicherweise sogar mit Todesfolge. Die Meldungen der Medien spiegelten dann auch die damit verbundenen Emotionen wider: „Entsetzen über den Pflegeskandal in Elversberg“, „Das Grauen auf der Sonnenschein-Station“, „Senioren in Pflegeheim zu Tode gequält“. Neu war aber, dass diesmal bei der Suche nach Schuldigen auch der MDK angegriffen wurde: „Der Pflege-TÜV hat versagt“.

Was hatte der MDK im Saarland getan, um in das Zentrum der Kritik geraten? Wir hatten die stationäre Pflegeeinrichtung bei unserer letzten Begutachtung einige Monate zuvor mit der Gesamtnote 1,4 bewertet. Auch der Hinweis, dass es sich rechnerisch bei einer Landesdurchschnittsnote von 1,3 um eine unterdurchschnittliche Einrichtung gehandelt hatte, fruchtete zunächst nicht. Uns wurde in Gesprächen Inkompetenz und Verschleierung bis hin zur Irreführung vorgeworfen.

### **Der Weg zu den PTVS**

Wie konnte es soweit kommen? Seit 1996 gibt es Leistungen der Pflegeversicherung auch für Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen. Dazu wurden von den Landesverbänden der Pflegekassen Rahmenverträge mit den Einrichtungsträgern vereinbart und Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zu Qualität beschlossen. Auf dieser Basis begann der MDK im Saarland 1997 die Qualitätsprüfungen der stationären Pflegeeinrichtungen. Dabei zeigten sich von Anfang an zum Teil schwerste Mängel in der Pflege. Einige Einrichtungen behoben diese Mängel relativ schnell, bei anderen war auch nach 4 Prüfungen nacheinander keine Besserung festzustellen. Ab 1999 mussten die MDK dann begreifen, dass die Auflagenbescheide der Landesverbände der Pflegekassen sozialgerichtlich selbst bei schwersten Mängeln häufig nicht durchzusetzen waren. Insofern prüften einzelne MDK die rechtliche Möglichkeit der Veröffentlichung der Gutachten im Internet und die Leistungsanbieter drohten mit Klagen.

Ein Meilenstein war dann 2004 die Veröffentlichung des 1. Berichts des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände (MDS, heute Medizinischer Dienst des Spitzenverbands Bund) zur Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. Dieser fand ein großes Medienecho, konnte doch belegt werden, dass die Mängel in der Altenpflege nicht nur einzelnen „Schwarzen Schafen“ zuzuschreiben waren, sondern flächendeckend vorlagen. Die Einrichtungsträger wiederholten ihre Angriffe auf die MDK-Gemeinschaft und den MDS und brachten Selbstverpflichtungen ins Spiel. Als dann 2007 der 2. Bericht des MDS erschien und weiter viele Pflegemängel nachgewiesen wurden, war die Politik im Zugzwang. Im Sommer 2008 wurde das Pflegeweiterentwicklungsgesetz veröffentlicht.

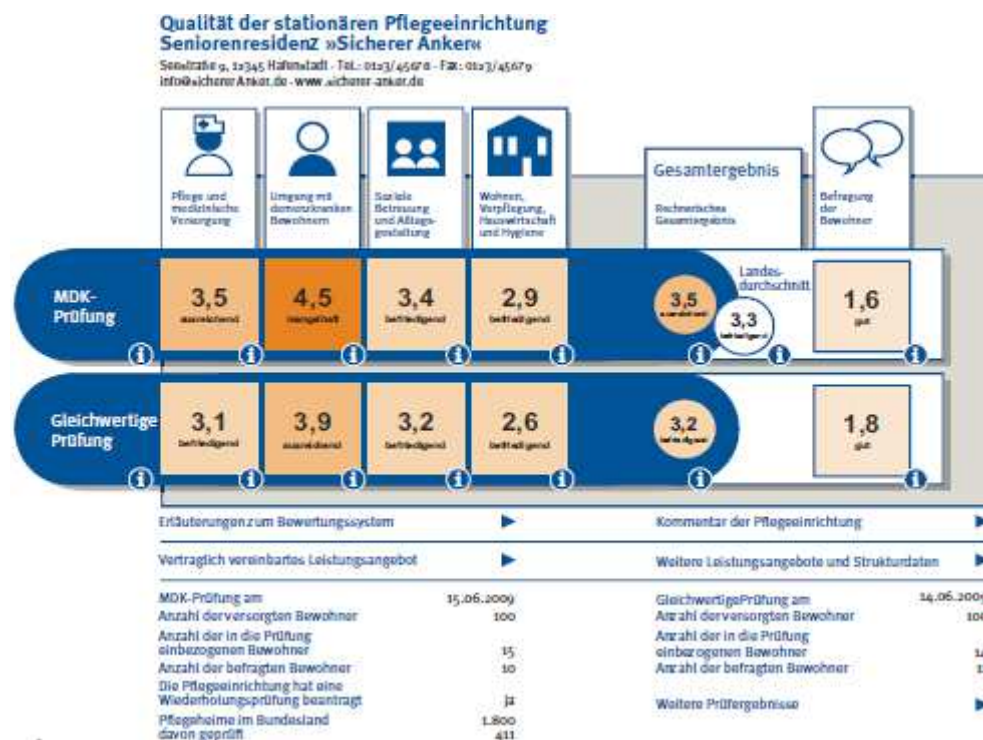
## PTVS: Neues Spiel – Neue Regeln

Das Pflegeweiterentwicklungsgesetz erfüllte dann Kernforderungen der MDK-Gemeinschaft: Die Qualitätsprüfungen sollten ab 2011 jährlich erfolgen und deren Ergebnisse sollten im Internet veröffentlicht werden. Allerdings waren die Kriterien der Veröffentlichung einschließlich der Bewertungssystematik (PTVS) durch den Spitzenverband Bund der Pflegekassen, die Trägerverbände der Pflegeeinrichtungen und den Sozialhilfeträger zu vereinbaren. An keiner Stelle wurde die MDK-Gemeinschaft genannt, der Spitzenverband Bund wurde durch den MDS beraten, also einen Medizinischen Dienst, der keine einzige Qualitätsprüfung von Pflegeeinrichtungen in eigener Verantwortung durchgeführt hatte. Im Umfeld des Gesetzgebungsverfahrens wurde die These vertreten, dass die Information des mündigen Verbrauchers über den Wettstreit um bessere Qualität zu einer besseren Pflege führen würde.

Die PTVS wurden dann im Dezember 2008 nach geheimen Verhandlungen unter großem Zeitdruck als vorläufige Regelung verabschiedet. Vorläufig deshalb, weil sich die Vertragsparteien - wie in der Präambel formuliert – einig waren, dass zu diesem Zeitpunkt keine pflegewissenschaftlich gesicherten Erkenntnisse über valide Indikatoren der Ergebnis- und Lebensqualität der pflegerischen Versorgung in Deutschland gab. Es bestand Einvernehmen, diese Vereinbarung anzupassen, sobald pflegewissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse über Indikatoren der Ergebnis- und Lebensqualität vorliegen. Dazu ist es bis heute nicht gekommen.

## PTVS: transparent, innovativ, nachhaltig und...ökologisch?

Die Internetdarstellung der Ergebnisse der Qualitätsprüfungen bestach dann durch eine einfache Gliederung und eine saubere Darstellung: Die 82 Qualitätskriterien waren in 5 Bereiche gegliedert, jedes Kriterium konnte klar dichotom mit „ja“ oder „nein“ beantwortet werden. Die Ergebnisse waren übersichtlich dargestellt und gut lesbar. Aber war das wirklich transparent?



Der von mir sehr geschätzte Autor und Journalist H. L. Mencken hat einmal gesagt:

*„Für jedes komplexe Problem gibt es eine Lösung, die einfach, sauber und falsch ist.“*

An den PTVS gab es einiges, was falsch war, das wurde durch die heftige Kritik der Anbieterseite und der MDK deutlich. Wer gehofft hatte, dass die PTVS nun letztlich doch ein guter Kompromiss gewesen seien, weil alle Verhandlungsparteien den Verhandlungstisch unzufrieden verlassen hatten, sah sich aber getäuscht. Ich verzichte an dieser Stelle darauf, die gesamte Kritik wiederzugeben, sondern beschränke mich auf einige Beispiele:

- Fehlende Gewichtung der Transparenzkriterien  
Alle Pflegekriterien sind gleich gewichtet, die Dekubitusprophylaxe ist so wichtig wie die seniorengeeignete Schriftgröße der Speisekarte
- Intransparenz der Notenermittlung  
Wenn man einen durchschnittlichen Bürger befragt, was er von einer Pflegeeinrichtung hält, in der 20% der Bewohner die Medikamente nicht, in der falschen Dosierung oder zum falschen Zeitpunkt bekommen oder in der 20% der dekubitusgefährdeten Bewohner nicht die richtige Prophylaxe erhalten, fällt in der Regel der Begriff „ungenügend“. Der MDK ist in so einem Fall allerdings über die PTVS verpflichtet, die Note „1,9“ zu erteilen. Da nimmt es sich geradezu wie Hohn aus, wenn der GKV-Spitzenverband auf seiner Web-Seite zu den PTVS erläutert: *„Jeder weiß, was eine Eins oder eine Fünf bedeutet“*
- Dokumentationslastigkeit der Prüfung  
An dieser Stelle muss sich die MDK-Gemeinschaft selbst Kritik gefallen lassen. In der Begutachtungsrichtlinie findet sich zu dem Transparenzkriterium *„Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?“* folgender Hinweis: *Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Leistungen zur Körperpflege vereinbart wurden, in der Pflegedokumentation die auf die Maßnahmen der Körperpflege bezogenen Wünsche nachvollziehbar dokumentiert und bei der Umsetzung berücksichtigt sind. Der Nachweis der Berücksichtigung kann im Einzelfall ergänzend auch über teilnehmende Beobachtung während der Prüfung erfolgen.* Dies führt in der Praxis dazu, dass wenn im Einzelfall die Maßnahmen der Körperpflege perfekt dokumentiert sind, wir aber bei der Inaugenscheinnahme feststellen müssen, dass nichts nach den Wünschen des Bewohners gemacht wird, wir diese Leistung der Einrichtung nach Aussagen der Landesverbände der Pflegekassen mit einer glatten „1“ benoten müssen.
- Verzerrungen durch Stichprobenreglung  
Allen Anwesenden dürfte bekannt sein, dass eine kleine Bewohnerstichprobe bei einzelnen Kriterien zu Verzerrungen führen kann. Viel schlimmer erscheint mir, dass die MDK-Gutachter seit den PTVS aus Gründen der Prüfsystematik die Bewohnerstichprobe auswürfeln müssen. Vorher hatten die Prüfer ihre knapp bemessene Zeit darauf konzentriert, besonders viele Bewohner mit Risiken wie Untergewicht, Dekubitus oder Inkontinenz in die Prüfung einzubeziehen. Dies war fortan nicht mehr möglich und die Anzahl der entdeckten Pflegefehler musste tendenziell abnehmen. Ich halte deshalb auch Formulierungen des 3. Berichts des MDS nach § 118 SGB XI bzgl. der Aussage der Besserung der Pflege für zum Teil methodisch unzutreffend.

- Kernkriterien der Lebensqualität werden nicht berücksichtigt  
*„Wesentliche Elemente guter Pflege sind – über die Beachtung von messbaren Standards hinaus – aufmerksame Zuwendung, Kommunikation, Freundlichkeit, Behutsamkeit und Respekt.“* (Diakonische Zwischenrufe). Diese Kernkriterien kann man aber nicht dichotom messen, sondern hierbei ist eine subjektive Wertung des Gutachters unverzichtbar. Die PTVS haben deshalb diese Kernkriterien einfach weggelassen.

### **Umverteilung der Ressourcen auf Dokumentation**

*„Um gute Benotungen zu erreichen, müssen Einrichtungen konsequent und möglichst umfänglich eine schriftliche Konzeption, Planung und Dokumentation von Pflegeprozessen erbringen, zumindest in Hinblick auf die geprüften Kriterien. Eine solche Pragmatik birgt die Gefahr von Fehlanreizen und führt zur Umlenkung von Ressourcen in der Pflege zur Schaffung von Konzeptionen und Dokumentationen, die gute Noten sicherstellen.“* (Diakonische Zwischenrufe). Das haben die Einrichtungen dann auch richtig gut gemacht:

Nach schon von Beginn an viel zu guten Durchschnittsnoten von „2,0“ für die stationären Pflegeeinrichtungen haben wir bundesweit vor kurzem eine neue absurde Bestmarke von „1,2“ erreicht. Sie erinnern sich noch an die Aussage des GKV-Spitzenverbands: *„Jeder weiß, was eine Eins oder eine Fünf bedeutet“?* Mit einer gewissen Ironie glaube ich vorhersagen zu können, dass, wenn sich bei den PTVS nicht bald Entscheidendes ändert, der MDK seiner Informationspflicht gegenüber der Bevölkerung bald gerecht werden kann, dann haben die guten Einrichtungen eine „1,0“ und die schlechten eine „1,1“!

### **PTVS: In Stein gemeißelt?**

In einer Pressemitteilung vom 6. Juli 2012 teilt der GKV Spitzenverband mit:

*„Anpassung der Pflegenoten dringend nötig – Kassen setzen auf schnellen Erfolg durch Schiedsstelle“*

Geändert werden soll die Stichprobenbildung, die Kernkriterien sollen stärker gewichtet werden und auf unnötige Kriterien soll verzichtet werden. Allerdings sollen erst mittelfristig grundlegende Veränderungen erfolgen. Diese Maßnahmen sind richtig, berühren jedoch andere zentrale von mir angesprochene Kritikpunkte nicht. Herauskommen wird eine nach meiner Einschätzung geringfügige Notenkorrektur, die die Absurdität der jetzigen Noten nicht maßgeblich verändern wird.

Zu dieser bisherigen Kritik gesellt sich ein aus meiner Sicht bisher weitgehend unbeachteter Kritikpunkt. Die PTVS lassen keine Information der Öffentlichkeit zu Fragen des Personals zu:

- Keine Aussagen zum vorgehaltenen Personal
- Keine Bewertung des Personalbedarfs
- Keine Prüfung, ob das Personal die erforderliche Pflege der Bewohner durchführen kann

Dieser Umstand ist nun nicht den Vertragsparteien der PTVS anzulasten, sondern ist für mich ein „Webfehler“ des Gesetzes. In dessen Systematik passt eine Bemessung des erforderlichen Personals von außen nicht, soll hier doch ein ungehinderter Wettstreit um Qualität stattfinden.

## Exkurs zum Personalbedarf

Ich komme an dieser Stelle auf den eingangs erwähnten saarländischen „Pflegeskandal“ aus dem Juni 2012 zurück. In den inzwischen vom Ministerium einberufenen Arbeitsgruppen sollten sich die Teilnehmer ohne Rücksicht auf bisherige Konventionen Gedanken darüber machen, wie solche Vorfälle in Zukunft verhindert werden können. Diese Gelegenheit habe ich genutzt:

Mit den Daten des statistischen Bundesamtes zur Belegung der stationären Pflegeeinrichtungen nach Pflegestufen (Pflegestufe I 37,7%, II 41,9%, III 20,4%) und den Daten des MDS zu den durchschnittlich durch die MDK-Gutachter festgestellten täglichen Hilfebedarfen in der Grundpflege 2011 (Pflegestufe I 68,1 min., II 156,3 min., III 264,2 min.) habe ich den durchschnittlichen Grundpflegebedarf eines Pflegebedürftigen in einer stationären Pflegeeinrichtung berechnet: ca. **145 min/ Tag**

Diese Berechnung wird dadurch beeinträchtigt, dass die MDK-Gutachter den Hilfebedarf berechnen müssen, als würde er von einer Laienpflegekraft erbracht. Noch 1996 hatten wir vermutet, dass die Laienpflege deutlich zeitaufwendiger als die professionelle Pflege sei; einerseits aufgrund der geringeren manuellen Praxis der Laienpflegekräfte, andererseits aufgrund von organisatorischen Vorteilen durch die Betreuung mehrerer Pflegebedürftiger gleichzeitig in der professionellen Pflege. Diese Vermutung lässt sich aufgrund eines veränderten Pflegeverständnisses kaum noch aufrechterhalten, andererseits ist durch die Steigerung des Anteils der demenzkranken Bewohner eine 1:1-Betreuung fast immer zwingend erforderlich. Dies resultiert nebenbei auch aus dem Wechsel von 3-Bettzimmern zu 2- oder 1-Bettzimmern.

Dem steht eine Vielzahl von Hilfebedarfen gegenüber, die durch die MDK-Gutachten aus systematischen Gründen (fehlende Anrechenbarkeit) nicht erfasst werden können:

- Behandlungspflege
- Dokumentationsaufwand/ Übergabezeiten
- Betreuung von Demenzkranken außerhalb der Verrichtungen
- Zuwendung außerhalb der Verrichtungen
- Zunahme des Hilfebedarfs seit der Begutachtung

Besonders der letzte Punkt ist von Bedeutung, denn nicht bei jeder Zunahme des Hilfebedarfs wird ein Höherstufungsantrag gestellt, häufig ist die Zunahme des Hilfebedarfs nicht pflegestufenrelevant. Insgesamt – und ich weiß, dass dies als Expertenmeinung nur den Evidenzgrad IV hat, schätzen wir im Saarland den nicht erfassten Hilfebedarf auf ca. **20 min.** pro Tag.

Für das Saarland kann man mit Hilfe der vereinbarten Personalanzahlzahlen (jeweils eine Pflegefachkraft für 3,66 Bewohner der Pflegestufe I, für 2,65 Bewohner der Pflegestufe II und für 2,05 Bewohner der Pflegestufe III) berechnen, wie viele Pflegekräfte für einen durchschnittlichen Bewohner einer stationären Pflegeeinrichtung zur Verfügung stehen, nämlich **0,361**. Diese Berechnung können Sie in ihrem eigenen Bundesland selbst durchführen, die Personalschlüssel variieren von Ort zu Ort etwas.

Die produktive Arbeitszeit einer Pflegekraft beträgt unter Berücksichtigung der üblichen Parameter (38,5-Sunden-Woche, 6 Wochen Urlaub, Fortbildungs- und Krankheitszeiten) ca. 1530 Stunden pro Jahr, das entspricht 252 min. pro Kalendertag. Von diesen 252 min. steht im

Saarland nun jedem durchschnittlichen Pflegebedürftigen in stationärer Pflege der Anteil von 0,361 zu, also ca. **90 min.**

Beim Abgleich mit dem zuvor errechneten Bedarf von 145 min. ergibt sich eine Bedarfsdeckung von **62%**. Diese Bedarfsdeckung sinkt weit unter 60%, wenn man den postulierten, aber in den MDK-Gutachten nicht erfassbaren Mehrbedarf von ca. 20 min. berücksichtigt.

Ich weiß nicht, ob diese Zahlen in vollem Umfang belastbar sind, sie haben mich von der Dimension dennoch erschreckt. Wenn ich vermuten muss, dass derzeit im Saarland mindestens ein Drittel des vom MDK in den Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit festgestellten Hilfebedarfs nicht personalisiert ist, muss ich auch annehmen, dass die jetzige Prüfpraxis der Qualitätsprüfungen auf der Basis der PTVS nicht erlaubt, alle Pflegemängel regelmäßig aufzudecken.

### Ein Blick von außen

Zu welchen Konsequenzen die Personalisierung der deutschen Pflegeeinrichtungen langfristig führt, hat mir ein Bekannter meiner Schwester vor einem Jahr deutlich gemacht. Er ist Heimleiter und Pflegefachkraft in der Nähe von Luzern und seine Aussage zu dem wichtigsten Unterschied in der Pflege zwischen der Schweiz und Deutschland war eindeutig:

*„Ich stelle gerne deutsche Pflegekräfte ein. Sie sind fleißig und pflichtbewusst. Allerdings brauche ich in der Regel 6 Monate oder mehr, damit sie sich wieder die notwendige Zeit für die Bewohner nehmen.“*

Peter Heer, am 3. Oktober 2011

### Wem nützen die PTVS?

Konfrontiert mit der Frage, warum auch nach fast 4 Jahren die PTVS unverändert angewendet werden, fällt mir die Antwort nicht leicht. Die Analyse der Interessenlagen der verschiedenen Akteure lässt hier vielleicht etwas mehr Klarheit entstehen:

**MDK:** Die medizinischen Dienste haben ihr Personal für die Qualitätsprüfungen ungefähr verdreifacht (bei Vervierfachung der Prüfungen). Im Saarland stehen mir derzeit ca. 5,5 Vollzeitstellen für die Prüfung von ca. 200 Pflegeeinrichtungen zur Verfügung. Das zusätzliche Personal verleiht uns zwar ein wenig mehr Gewicht, aber keine entscheidende Besserstellung

**MDS:** Der medizinische Dienst des Spitzenverbands Bund veröffentlicht alle 3 Jahre die Berichte zur Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. Er berät den Spitzenverband Bund, seine kompilierten Daten werden in der Gesundheitspolitik beachtet und er informiert die Öffentlichkeit regelmäßig über diese Daten über Rundschreiben und Pressekonferenzen

**Wirtschaftsstandort Deutschland:** Solange der Wettbewerb der Pflegeeinrichtungen dazu führt, dass die Pflege günstig bleibt, führt die paritätisch finanzierte Pflegeversicherung zu keiner zusätzlichen Belastung der Arbeitgeber und Arbeitnehmer.

**Sozialhilfeträger:** Die chronisch klammen Kassen führen besonders bei den Sozialhilfeträgern zu einem Wunsch nach günstiger Pflege

**Trägerverbände und Einrichtungsträger:** Solange der MDK über herausragend gute Noten signalisiert, dass mit der Pflegequalität in Deutschland alles zum Besten steht, gibt es für einige Träger keine Notwendigkeit zu grundlegenden Veränderungen

**Die Nachruhe der deutschen Bevölkerung:** Auch hier sind die sehr guten Noten des MDK für die Pflegeeinrichtungen geeignet Zuversicht in eine heile Welt herzustellen

### Wer leidet unter den PTVS?

**Die Pflegebedürftigen:** Sie haben in der Regel nur dann eine Stimme, wenn Angehörige auf Mängel aufmerksam machen. Ihre Situation hat sich in den vergangenen Jahren seit der Einführung der PTVS nicht gebessert, aber sie leiden in der Regel still.

**Die Pflegenden:** Sie arbeiten mit großem Einsatz bis an den Rand der körperlichen und geistigen Erschöpfung und oft darüber hinaus. Trotz aller Anstrengungen wissen sie häufig, dass die erforderliche Pflege der ihnen anvertrauten Pflegebedürftigen nicht immer leistbar ist. Für sie hat die Überprüfung der Pflegequalität der Pflegeeinrichtungen anhand der Dokumentation gravierende Folgen. Sie sind aufgefordert, ihre Aufmerksamkeit zuerst auf die Dokumentation zu richten.

**Die Glaubwürdigkeit des MDK:** mit großem Abstand zu den Leiden der Pflegebedürftigen und den Pflegenden darf ich an dieser Stelle auch eine Lanze für meine Mitarbeiter brechen. Sie sind nachvollziehbar enttäuscht, weil ihre großen Anstrengungen im Rahmen der Qualitätsprüfungen letztlich durch die Systematik der PTVS zunichte gemacht werden

### Zusammenfassung

Als Fazit sollen zunächst die folgenden 4 Thesen gelten:

1. Eine transparente Information der Bevölkerung findet derzeit durch die PTVS nicht statt, die Betroffenen sprechen von Verschleierung und Irreführung
2. Die Qualität der stationären Pflege ist seit der Einführung der PTVS durch den prognostizierten Wettbewerb nicht nachweisbar besser geworden, der Wettbewerb findet um bessere Noten und nicht um bessere Pflege statt.
3. Die strukturellen Mängel werden nicht angegangen, immer noch wird von „Schwarzen Schafen“ geredet, obwohl die Mängel flächendeckend sind. Damit ist es dann auch nur logisch, wenn diese Mängel de facto nicht sanktionierbar sind.
4. Die PTVS haben nach wiederholtem Versagen der Heimaufsichten in der Vergangenheit das Vertrauen des Bürgers weiter untergraben, dass der Staat bzw. der öffentliche Dienst willens und fähig ist, sie vor vermeidbarem Leid durch Pflegebedürftigkeit zu schützen. Verschwörungstheorien von einer „Pflegemafia“ wird damit Vorschub geleistet.

Wenn das, was Barry LePatner vor einigen Jahren gesagt hat, zutrifft, gibt es Hoffnung:

*„Gutes Urteilsvermögen beruht auf Erfahrung und Erfahrung beruht auf schlechtem Urteilsvermögen“*

Oder auf gut Deutsch: „Aus Schaden wird man klug.“ Wenn wir aus dem Schaden, den die PTVS angerichtet haben, denn klug werden wollen, gibt es hierfür einige Ansätze und Forderungen:

- Die vorliegenden wissenschaftlichen Ergebnisse sollten jetzt und nicht erst in der nächsten oder übernächsten Legislaturperiode genutzt werden
- Wir brauchen einen Konsens der Pflegenden und Pflegebedürftigen über Kriterien der Pflegequalität und der Messinstrumente
- Es bedarf der jährlichen Bestimmung des aktuellen Stands der Pflegewissenschaften und anschließender Implementierung mit Anpassung der Prüfkriterien und Messinstrumente
- Eine Gesetzesänderung mit dem Ziel über die PTVS auch Aussagen zum Personal und Personalbedarf zu erlauben, sollte in Angriff genommen werden

Vielen Dank!