



Unterlage zur Sitzung im öffentlichen Teil

Gremium	am	TOP
Ausschuss Soziales und Senioren	23.04.2009	

Anlass:

- Mitteilung der Verwaltung
- Beantwortung von Anfragen aus früheren Sitzungen
- Beantwortung einer Anfrage nach § 4 der Geschäftsordnung
- Stellungnahme zu einem Antrag nach § 3 der Geschäftsordnung

Beantwortung der Anfrage der CDU-Fraktion mit Blick auf die angestrebte Zielsetzung des neuen Bewertungssystems

1. Wie beurteilt die Verwaltung die Transparenz des neuen Bewertungssystems für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen?
2. Welche Einzelkriterien werden von den Medizinischen Diensten der Krankenkassen bewertet?
3. Kann verhindert werden, dass eine aus den bewerteten Einzelkriterien gebildete Durchschnittsnote ggf. erhebliche Mängel in Einzelbereichen verdeckt?
4. Besteht für die Medizinischen Dienste der Krankenkassen die Möglichkeit, neben der Gesamtnote auch Anmerkungen zu den Prüfergebnissen (und deren Zustandekommen) zu machen?
5. Welche (anderweitigen) Möglichkeiten haben Pflegebedürftige und deren Angehörige, sich über die Qualität von Pflegeeinrichtungen zu informieren?

Die Verwaltung nimmt wie folgt Stellung:

1. Grundlage ist die Vereinbarung nach § 115 Abs. 1 a Satz 6 SGB XI über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowie gleichwertiger Prüfergebnisse in der stationären Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS) vom 17.12.2008.

Die Transparenz für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen ist bei dem neuen Bewertungssystem gewährleistet.

Die Bewohner/innen der stationären Pflegeeinrichtungen werden entsprechend der Verteilung der Pflegestufen in der Einrichtung und dann innerhalb der Pflegestufen nach dem Zufallsprinzip ausgewählt und befragt.

Das Ergebnis wird an Bewohner/innen und Angehörige rückgekoppelt.

Erfahrungen aus dem neuen Verfahren liegen der Verwaltung noch nicht vor.

2. Für die örtliche Prüfung der Qualität von Pflegeeinrichtungen ist der Medizinische Dienst der Krankenkasse (kurz MDK) zuständig. Die Prüfung des MDK bezieht sich auf fünf Qualitätsbereiche mit insgesamt 82 Kriterien, die folgenden Inhalt haben:

Übersicht

	Qualitätskriterien	Anzahl der Kriterien
1.	Pflege und medizinische Versorgung	35
2.	Umgang mit demenzkranken Bewohnern	10
3.	Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung	10
4.	Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene	9
5.	Befragung der Bewohner	18
	Gesamt:	82

3. Für jeden der fünf Qualitätsbereiche wird als Bereichsbewertung das arithmetische Mittel der Bewertungen der einzelnen Kriterien ausgewiesen.

Anhand der Bewertung der einzelnen Kriterien durch das arithmetische Mittel ist nicht auszuschließen, dass aufgrund der Anwendung des statistischen Verfahrens erhebliche Mängel in Einzelbereichen verdeckt werden können.

4. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) soll die o. a. Kriterien systematisch und nach dem Regelfall prüfen. Deshalb muss bei der Bewertung auf der Ebene des Kriteriums das Hauptaugenmerk auf die Regelmäßigkeit und Systematik gelegt werden. Das bedeutet, dass offensichtliche Ausnahmefehler in der Dokumentation nicht zu einer negativen Gesamtbeurteilung der Pflegeeinrichtung führen sollen.

Diese Ausfüllanleitung wird erst dann überarbeitet, sobald pflegewissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse über Indikatoren der Ergebnis- und Lebensqualität vorliegen. Von daher sind Anmerkungen der Medizinischen Dienste der Krankenkassen gegenwärtig nicht vorgesehen.

5. Neben der Veröffentlichungspflicht des MDK besteht für die Heimaufsicht zukünftig die Pflicht, die Ergebnisse ihrer Prüfung in Einrichtungen der Pflege sowie der Behindertenhilfe zu veröffentlichen.

gez. Bredehorst