

Reform der Qualitätsprüfung und -darstellung im Pflegeheim: Stand der Umsetzung und offene Fragen

von Antje Schwinger¹ und Susann Behrendt²

ABSTRACT

Die Qualitätsprüfung in Pflegeheimen wird zurzeit grundlegend reformiert. Ein zentrales Novum stellt dabei die Einführung eines indikatorgestützten Verfahrens zur Messung und Darstellung der Ergebnisqualität dar. Ein neues Gutachten beschreibt die Ausgestaltung dieser neuen Indikatoren. Gleichwohl bleiben viele Fragen unbeantwortet. Dies betrifft das Themenspektrum, die Art und die Anzahl der Qualitätsindikatoren ebenso wie die weiterhin ausstehende Entscheidung für das Risikoadjustierungsverfahren. Wissenschaftliche Expertisen und die (inter-)nationale Qualitätssicherungspraxis sprechen hier für das Regressionsmodell als Adjustierungsverfahren. Plädiert wird für eine stufenweise Einführung der Indikatoren sowie eine Verfahrensordnung zur perspektivischen Weiterentwicklung.

Schlüsselwörter: Pflegeheim, Qualitätsprüfung, Qualitätsdarstellung, Risikoadjustierung

The regulation of quality assurance in German nursing homes is subject to substantial reform. One key innovation is the introduction of a quality indicator-based approach. A new report has presented the choice and definition of indicators, as well as the method of risk adjustment. However, some questions remain unanswered. This primarily concerns the range of quality problems under scrutiny, as well as the pending decision regarding the method of risk adjustment – although international research and practice is in clear favour of adjusting with multivariate methods. We suggest an incremental implementation of the mechanism, and recommend setting up a transparent roadmap for future adjustments to the new quality assurance system.

Keywords: nursing home, quality assurance, quality measurement, risk adjustment

1 Einleitung

Die Qualitätssicherung in deutschen Pflegeheimen wurde seit Einführung der Pflegeversicherung mehrfach grundlegend reformiert. Das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG, 2012) stellte zuletzt die Weichen für ein indikatorgestütztes Verfahren zur Messung und Darstellung der Ergebnisqualität im Pflegeheim. Damit folgt der Gesetzgeber einem international bereits seit Jahrzehnten etablierten Vorgehen (Mor 2010; OECD und European Commission 2013; Stemmer und Arnold 2014). Im Herbst 2018 hat nun der Qualitätsausschuss das Gutachten „Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI in der stationären Pflege“ (fortan: 2018er-Gutachten) abgenommen (Wingenfeld

et al. 2018). Das Gutachten beschreibt Ausrichtung und Ausgestaltung des neuen Systems der Qualitätsprüfung und -darstellung im Pflegeheim. Die Autoren des Gutachtens, das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) und das aQua-Institut, überarbeiteten dabei Instrumente und Verfahren der externen Prüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK), entwickelten die indikatorbasierte Erfassung der Ergebnisqualität und harmonisierten beide Verfahren in einem Gesamtkonzept für die zukünftige Qualitätssicherung.

Erstmals in Deutschland werden Indikatoren zur Ergebnisqualität Bestandteil der gesetzlichen Qualitätssicherung in der stationären Langzeitpflege sein. Der vorliegende Beitrag nimmt die Abnahme des hierfür zentralen Gutachtens zum

¹ Dr. rer. pol. Antje Schwinger, Wissenschaftliches Institut der AOK · Rosenthaler Straße 31 · 10178 Berlin · Telefon: 030 346463604
E-Mail: antje.schwinger@wido.bv.aok.de

² Susann Behrendt, Wissenschaftliches Institut der AOK · Rosenthaler Straße 31 · 10178 Berlin · Telefon: 030 346462341
E-Mail: susann.behrendt@wido.bv.aok.de

Anlass, um sich diesem Novum zuzuwenden, den jetzigen Entwicklungsstand zu reflektieren und offene Fragen zu diskutieren. Nach einem kurzen Überblick zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Rahmenvorgaben sowie zu den bisherigen Vorarbeiten wird zuerst der Blick auf die für die Praxis empfohlenen Ergebnisindikatoren gelenkt und anschließend auf deren Risikoadjustierung eingegangen. Der Beitrag schließt mit einem Fazit zum weiteren Prozess der Einführung des neuen Prüfverfahrens.

2 Gesetzliche Rahmenvorgaben und begleitende Gutachten

Um die im 2018er-Gutachten entwickelte indikatorbasierte Qualitätserfassung einordnen zu können, bedarf es der Rückschau auf die Historie der gesetzlichen Rahmenvorgaben und der begleitenden wissenschaftlichen Gutachten. Die heutige Ausgestaltung der gesetzlichen Qualitätsmessung und -darstellung für die vollstationäre Langzeitpflege geht auf das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) aus dem Jahr 2008 zurück. Vor dem Hintergrund kritischer medialer Berichterstattung über die Situation in deutschen Pflegeheimen wurde der sogenannte Pflege-TÜV eingeführt. Die Eignung der Pflege-TÜV-Kriterien zur Beurteilung der Pflegequalität, die Bewertungssystematik sowie die Ergebnisdarstellung (insbesondere die Schulnoten und die Gesamtnote) standen jedoch von Beginn an in der Kritik (*Hasseler und Wolf-Ostermann 2010; Bonato 2011; Dressel et al. 2011; Weidner et al. 2011*). Das PNG initiierte daraufhin einen neuen Ansatz der Qualitätserfassung und -darstellung mittels Indikatoren und lenkte den Fokus auf die Messung von Ergebnisqualität. Das Pflegestärkungsgesetz II (PSG II, 2016) konkretisierte schließlich den Rahmen und verstetigte durch Einrichtung des Qualitätsausschusses (§ 113b SGB XI) die zuständigen Strukturen der Selbstverwaltung (Abbildung 1).

In diesem Prozess sind – mit Blick auf die Ergebnisindikatoren – folgende wissenschaftliche Gutachten maßgeblich:

- **2008 bis 2011:** Ausgangspunkt des aktuellen Indikatorkonzepts war das vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderte Projekt „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ (fortan: 2011er-Gutachten) des IPW und des Instituts für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH (ISG). Ergebnis des Projekts war ein Set von 15 Ergebnisindikatoren (*Wingefeld et al. 2011*).
- **2013 bis 2014:** Um die im Nachgang der Publikation des 2011er-Gutachtens entstandenen Fragen rund um den Reifegrad der empfohlenen Indikatoren zu bewerten, beauf-

tragte der GKV-Spitzenverband die Katholische Hochschule Mainz gemeinsam mit dem Centrum für angewandte Wirkungsforschung (CAW) mit der Erstellung einer „Expertise zur Eignung von Indikatoren zur Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in der stationären Pflege im Bereich der sozialen Pflegeversicherung“ (*Stemmer und Arnold 2014*).

- **2015 bis 2016:** Die Ostfalia Hochschule für Angewandte Wissenschaften, die Katholische Hochschule Mainz sowie die Hochschule Düsseldorf befassten sich – ebenso im Auftrag des GKV-Spitzenverbands – mit der „Entwicklung eines wissenschaftlich basierten Qualitätsverständnisses für die Pflege- und Lebensqualität“. Ausgangspunkt war die Überlegung, dass ein wesentliches Fundament für die (Weiter-)Entwicklung von Ergebnisqualitätsindikatoren in der Pflege fehlt – nämlich ein wissenschaftlich fundiertes Verständnis von Qualität in der Pflege (*Hasseler et al. 2016*).
- **2015 bis 2017:** Die Universität Bremen in Kooperation mit der Ostfalia Hochschule für Angewandte Wissenschaften erhielt den Zuschlag für eine „Modellhafte Pilotierung von Indikatoren in der stationären Pflege (MoPIP)“ (*UBC 2017*) und überprüfte die 15 Indikatoren des 2011er-Gutachtens mit Blick auf Datenvalidität, Reliabilität des Erhebungsinstrumentariums sowie Praktikabilität im Regelbetrieb.
- Parallel hierzu entwickelte das IPW in den Umsetzungsprojekten „Ergebnisorientiertes Qualitätskonzept Münster“ (EQMS), „Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ (EQisA) und „Pflegequalität Hannover“ (in Kooperation mit der Caritas beziehungsweise trägerübergreifend) ebenso die Indikatoren des 2011er-Gutachtens weiter.

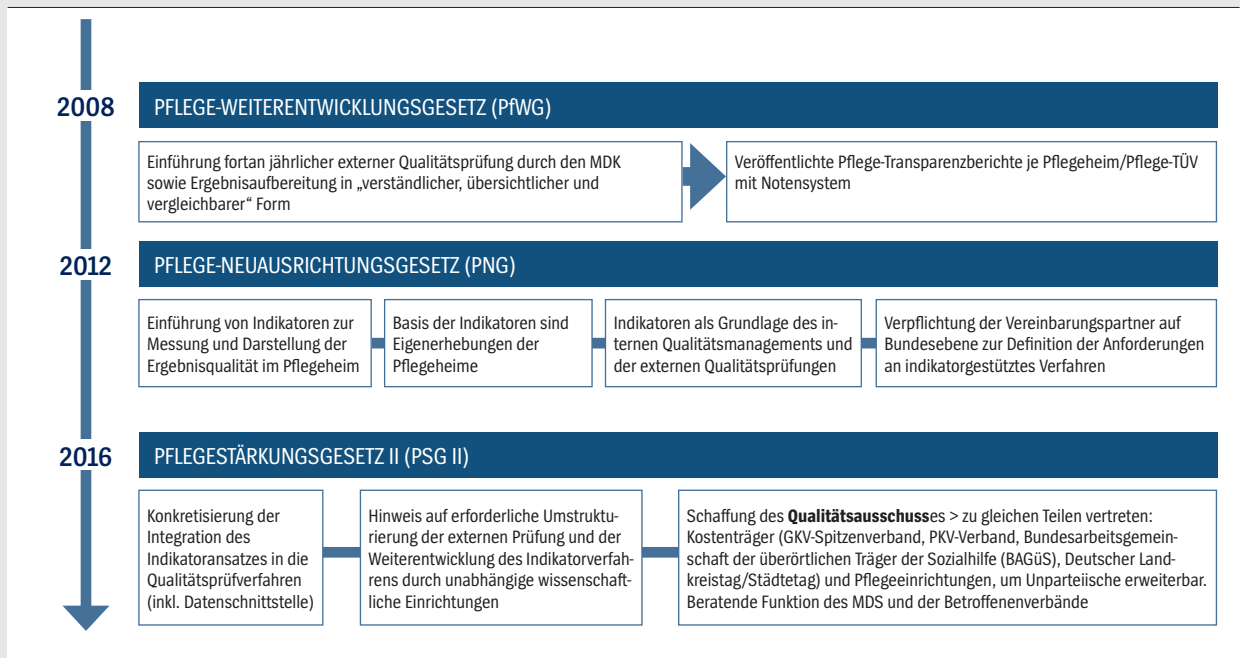
3 Zur Anwendung empfohlene Ergebnisindikatoren

Die durch das 2018er-Gutachten zur Anwendung empfohlenen zehn Indikatoren sind eine Anpassung des 2011er-Sets. Enthalten sind sechs Ergebnisindikatoren im engeren Sinne, die auf die Erfassung eines vorab definierten Bewohnerzustands in Folge der vorangegangenen Versorgung abzielen (*Donabedian 1988, UBC 2017*). Fünf der zehn Indikatoren sind jeweils in zwei Risikogruppen gesplittet (Abbildung 2).

Themen wie die Häufigkeit von Sondenernährung, Kontraktionen und Harnwegsinfekten, Stabilität des Schmerzstatus, ein zu intensiver Medikamenteneinsatz oder ungeplante Krankenhausaufnahmen wurden bereits im 2011er-Gutachten als Indikatoren verworfen. Die damals maßgeblichen Ausschlussgründe (fehlende Dominanz des pflegerischen

ABBILDUNG 1

Qualitätsindikatoren im Pflegeheim – Überblick zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Rahmenbedingungen



Drei Gesetze haben seit 2008 Vorschriften für die Qualitätsprüfung im Pflegeheim gemacht. Mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz wurde eine jährliche Qualitätsprüfung vorgeschrieben, was zur Einführung des von Anfang an umstrittenen Pflege-TÜVs führte. Das Pflege-Neuausrichtungsgesetz brachte Indikatoren für Ergebnisqualität. Mit dem Pflegestärkungsgesetz wurde die Integration des Indikatoransatzes in die Qualitätsprüfverfahren konkretisiert.

Einfluss, fehlende Erhebungsinstrumente für das Versorgungsergebnis oder fehlende Interpretierbarkeit der Ergebnisse) seien im Verlauf des 2018er-Gutachtens bestätigt worden, wobei nähere Ausführungen hierzu im Bericht nicht enthalten sind (Wingefeld et al. 2018, 30). Bereits mit Blick auf das 2011er-Gutachten hatte die Expertise der Katholischen Hochschule Mainz (2014) – unter anderem mit Verweis auf die Auswirkung der Indikatorengestaltung auf das Ranking der Pflegeheime – angemerkt, dass das Verfahren zur Auswahl der Kriterien und Indikatoren „nur ansatzweise“ transparent gemacht wurde (Stemmer und Arnold 2014, 42). Ferner hatten im Rahmen des MoPIP-Gutachtens Pflegewissenschaftler Indikatoren des 2011er-Gutachtens mittels des QUALIFY-Instruments (siehe Reiter et al. 2008) bewertet. Sie schlossen auf eine geringe Güte der Indikatoren beziehungsweise merkten an, dass eine Bewertung aufgrund fehlender Angaben nicht möglich sei (UBC 2017, 28 ff.)

MoPIP empfahl zudem die Erweiterung des 2011er-Indikatorensets um Kenngrößen zur Blasenkontinenz, zum Schmerz

(im Sinne eines Ergebnisses und nicht wie im 2011/2018er-Set als Prozessindikator) sowie zur zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung (UBC 2017). Eine entsprechende Anpassung wurde mit dem 2018er-Gutachten nicht umgesetzt (Wingefeld et al. 2018, 30 ff.), gleichwohl ohne dies systematisch, zum Beispiel ebenfalls auf QUALIFY-Basis (Relevanz, Indikatorvalidität, Reliabilität, Sensitivität/Spezifität, Beeinflussbarkeit, Erhebungsaufwand usw.), zu begründen.

Der Start einer indikatorgestützten Messung der Ergebnisqualität im Pflegeheim ist natürlich nicht trivial und beginnt gewöhnlich mit einer überschaubaren, im Verlauf sukzessiv auszubauenden Indikatorenanzahl (siehe auch Stemmer und Arnold 2014, 52). Die Ergebnisqualitätsindikatoren sind im Rahmen der Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität ehemals in „regelmäßigen Abständen an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen“ (§ 113 (1) Satz 5, SGB XI). In der Gesamtschau braucht es für die Weiterentwicklung des nun vorgelegten Indikatorensets konkrete Verfahrensvorgaben.

Denkbar wäre hier ein ausformuliertes Methodenpapier, analog der Indikatorentwicklung für die externe Qualitätssicherung im Krankenhaus durch das IQTIG, bei der unter anderem neben der Literatur- und Empiriebasierung die strukturierte Einbindung von externem Wissen vorgesehen ist (IQTIG 2017).

In diesem Kontext sollte ferner auch die heute durch das SGB XI normierte Fokussierung auf Indikatoren, bei denen der pflegerische Einfluss auf das Outcome dominiert, zur Diskussion gestellt werden. Der Forschungsstand zu Versorgungsdefiziten im Pflegeheim wie risikobehaftete Arzneiverordnungen, eine Fehlversorgung mit Psychopharmaka, potenziell vermeidbare Hospitalisierungen sowie eine defizitäre fach- und zahnärztliche Versorgung liefern hochrelevante Ansatzpunkte für weitere Indikatoren an den Schnittstellen zu anderen Versorgungsbereichen (Broge et al. 2018; Schwinger et al. 2018). Sektorübergreifende Perspektiven auf die Ergebnisqualität unter anderem zur Arzneimittelversorgung und zu Hospitalisierungen sind ferner auch international fester Bestandteil der externen Qualitätsberichterstattung in der Langzeitpflege (HQO 2015; CMS 2018).

4 Risikoadjustierung

Empfohlene Risikoadjustierung der Ergebnisindikatoren

Die Ergebnisse der indikatorgestützten Qualitätsmessung bilden zukünftig gemeinsam mit jenen der externen Prüfungen die Basis für das interne Qualitätsmanagement und die externe Qualitätsberichterstattung in Pflegeheimen. Um faire Vergleiche zu gewährleisten, werden die Ergebnisse gewöhnlich um die unterschiedlichen Risikostrukturen der Pflegeheimbewohner bereinigt. Die Risikoadjustierung sollte primär auf Risikofaktoren beruhen, die einen Einfluss auf den Endpunkt haben und die nicht durch die Leistungserbringer beeinflussbar sind. Dabei handelt es sich faktisch zumeist um bewohnerseitige Merkmale wie Komorbiditäten, kognitive Defizite oder auch Mobilitätseinschränkungen (Iezzoni 2012; Stemmer und Arnold 2014; Becker et al. 2016; Bottle und Aylin 2016).

International ist die logistische Regression zur Risikoadjustierung im Kontext der Qualitätsmessung und -berichterstattung in der Langzeitpflege ein anerkanntes Verfahren (Berlowitz und Intrator 2012; HQO 2015; CMS 2018). Ausgehend vom 2011er-Gutachten setzt das 2018er-Gutachten bei einem Stratifizierungsansatz an: Ein relevantes Unterscheidungsmerkmal und ein entsprechender Cut-off-Punkt werden definiert, um die Bewohner einer Gruppe (Strata) mit hohem beziehungsweise niedrigem Risiko zuzuweisen. Bei der binären logistischen Re-

gression hingegen wird der statistische Einfluss von Bewohnermerkmalen auf das Indikatorereignis ermittelt und dieses anschließend um den Einfluss der berücksichtigten Prädiktoren bereinigt. Der adjustierte Indikatorwert je Pflegeheim setzt schließlich die rohe, also beobachtete Zahl in Relation zur angesichts des Risikoprofils zu erwarteten Zahl der Ereignisse.

MoPIP empfahl die Umstellung der Adjustierung auf die Regressionsmethode (UBC 2017), sodass das aktuelle 2018er-Gutachten diese Empfehlung und damit die „Frage nach dem besseren Verfahren“ noch einmal – unter anderem in projektbegleitenden Expertengruppen – aufgriff, jedoch zu keiner finalen Bewertung kam (Wingenfeld et al. 2018, 57 und 63). Da insbesondere umfangreiche Erfahrungen einer regressionsbasierten Adjustierung weiterhin ausstehen, „geht der vorliegende Bericht vom Modell der Stratifizierung aus“ (63). Gleichzeitig sei „die Entscheidung der Selbstverwaltung für eine andere Form der Risikoadjustierung zwar mit größeren Unsicherheiten verbunden, aber ebenfalls tragfähig“ (64).

Aufgrund des gegebenen Rahmens wird an dieser Stelle auf eine erschöpfende Darstellung der Vor- und Nachteile eines Stratifizierungs- und eines Regressionsansatzes verzichtet (siehe hierzu beispielsweise IQTIG 2017, 154 ff.). Stattdessen werden die im 2018er-Gutachten zentralen Aspekte wie Komplexität des Modells, Aufwand, kleine Fallzahl und Darstellbarkeit herausgegriffen und diskutiert.

Faire Abbildung der Komplexität

Elementarer Vorteil einer regressionsbasierten Adjustierung ist der gleichzeitige Einbezug von mehreren Risikofaktoren in ein Modell. Die Dekubitusentstehung im Pflegeheim ist hier ein klassisches Beispiel: Die aktuellen internationalen Leitlinien und der Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe benennen eine Vielzahl an Risikofaktoren für das Auftreten von Dekubitalgeschwüren. Betroffenenseitig zählen hierzu neben Mobilitätsbeeinträchtigungen auch die Dehydratation und Malnutrition, Komorbiditäten wie Diabetes mellitus sowie sensorische Störungsbilder (NPUAP et al. 2014; DNQP 2017). In Anerkennung der multifaktoriellen Bedingung von Dekubitus identifizierte MoPIP literaturbasiert potenzielle Dekubitus-Prädiktoren (Bewohnermerkmale), zeigte einen statistisch signifikanten Zusammenhang für die Variablen „Ablehnung von Dekubitusprophylaxe“, „NBA-Score für Modul 1 (Mobilität)“, „Anzahl Krankenhaustage“, „M. Parkinson“ und „Diabetes mellitus“ und empfahl eine entsprechende Anpassung der Adjustierung (UBC 2017, 203).

Das 2018er-Gutachten prüfte unter Rückgriff auf Daten aus den Projekten EQMS und EQisA ebenfalls regressionsbasiert adjustierungsrelevante Einflussfaktoren für die Dekubitusgenese. Im finalen Modell verbleibt lediglich die Fähigkeit zur Eigenbewegung in liegender Position und damit das einzige im

ABBILDUNG 2

Vom 2018er-Gutachten zur Anwendung empfohlene Indikatoren

Qualitätsbereiche	Indikatoren	Zielpopulation	
Erhalt und Förderung der Selbstständigkeit	ERGEBNIS	Erhaltene Mobilität	bei Bewohnern* ohne bzw. mit geringen kognitiven Einbußen
		Erhaltene Selbstständigkeit bei Alltagsverrichtungen	
		Erhaltene Selbstständigkeit bei Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	bei allen Bewohnern*
Schutz vor gesundheitlichen Schädigungen und Belastungen	ERGEBNIS	Dekubitusentstehung	bei Bewohnern ohne bzw. mit geringen Mobilitätseinbußen in liegender Position
		Stürze mit gravierenden Folgen	
		Unbeabsichtigter Gewichtsverlust	bei Bewohnern* mit mindestens erheblichen kognitiven Einbußen
Unterstützung bei spezifischen Bedarfslagen	PROZESS	Integrationsgespräch nach Heimeinzug	bei allen Bewohnern*
		Anwendung von Gurten	bei kognitiv beeinträchtigten Bewohnern
		Anwendung von Bettseitenteilen bei kognitiv beeinträchtigten Bewohnern	
		Aktualität der Schmerzeinschätzung	bei allen Bewohnern*

*Bei diesen Indikatoren sind bestimmte Bewohner auf Basis vorab definierter kenngrößenspezifischer Kriterien von der Messung ausgeschlossen.

Das vom 2018er-Gutachten vorgeschlagene Indikatorenset hat zehn Indikatoren. Diese sind in drei Blöcken zusammengefasst. Die sechs Indikatoren des ersten und zweiten Blocks beziehen sich auf die Ergebnisqualität, die vier Indikatoren des dritten Blocks auf die Prozessqualität. Die Zielpopulation der Indikatoren ist nicht immer gleich. Zum Teil sind alle Bewohner einbezogen, zum Teil nur Bewohner mit bestimmten Eigenschaften.

Stratifizierungsansatz vorgesehene Merkmal als relevanter Prädiktor. Alle weiteren getesteten Merkmale hätten „keine nennenswerte Verbesserung des Modells“ bewirkt (*Wingefeld et al. 2018, Anhang 8, 11*). Hierzu ist anzumerken: Die Auswahl der Risikoprädiktoren sollte immer fachlich getrieben sein, also mit Blick auf die klinische Validität, basierend auf Literatur (das heißt der vorliegenden Evidenz zum Wirkzusammenhang) und Experteneinschätzungen (also der Face-Validity). Alle wichtigen aus der Literatur bekannten Indikatoren sollten grundsätzlich für die Adjustierung herangezogen werden (*IQ-TIG 2017, 158*). Dabei können Risikofaktoren für einzelne Pflegeeinrichtungen hoch relevant sein, auch wenn sie den Modellfit insgesamt kaum verbessern. Primärer Zielparameter der Modellierung ist damit die Konstruktvalidität, nicht das Erreichen einer maximalen Modellgüte.

Das Gutachten vergleicht alsdann exemplarisch für drei Indikatoren die einrichtungsbezogene Qualitätsbewertung gemäß Regression mit jener nach Stratifizierung. Hierdurch soll verdeutlicht werden, ob und in welchem Umfang Einrichtungen je

nach Adjustierungsart anders bewertet werden, das heißt ihre Position im Qualitätssegment (unterdurchschnittlich, durchschnittlich etc.) ändern. Das 2018er-Gutachten spricht von einem hohen Übereinstimmungsgrad für die drei getesteten Indikatoren, während MoPIP für die gleiche Fragestellung auf substantielle Unterschiede schloss (*UBC 2017, 135 ff.*).

Festzuhalten bleibt: Die Betrachtung eines – wie geplant – einzigen Risikofaktors stellt eine wesentliche Limitierung der Stratifizierung dar (*Stemmer und Arnold 2014; UBC 2017*). Wenn die Aufnahme weiterer personenindividueller, nicht durch die Einrichtung unmittelbar beeinflussbarer Risikofaktoren die klinische Validität des Indikators verbessert, dann verbessert sich die Fairness des Einrichtungvergleichs.

Aufwand

Diesem Nutzen ist der Aufwand für die Erfassung der für die Regression erforderlichen zusätzlichen Informationen für die Dokumentation und die Indikatorweiterentwicklung gegen-

überzustellen. Dies ist ein ganz wesentlicher Aspekt, insbesondere da die Pflegeheime die Datengrundlage der Ergebnisindikatoren künftig selbst erfassen und dokumentieren werden. Laut MoPIP war der Erhebungsaufwand für das Indikatorenset des 2011er-Gutachtens und für jenes des von MoPIP modifizierten Sets (inklusive der Erfassung der Adjustierungsvariablen) mit rund zehn Minuten ähnlich. Routinen im Alltagsbetrieb und verbesserte EDV-basierte Lösungen können, so MoPIP, perspektivisch den Dokumentationsaufwand zusätzlich reduzieren (*UBC 2017, 151 ff.*). Demgegenüber findet sich im 2018er-Gutachten stattdessen der Hinweis auf einen „deutlichen Aufwandszuwachs“ bei Übernahme der MoPIP-Strategie (*Wingefeld et al. 2018, 61*). In der Gesamtschau ist die Frage nach den Aufwänden der beiden Adjustierungsverfahren nicht abschließend zu bewerten. Der Einbezug von Erfahrungen zu EDV-basierten Eigenhebungen ebenso wie zum Implementierungs- und verfahrenspflegerischen Aufwand im SGB V als auch im internationalen Kontext (Kanada, USA) könnte diesbezüglich für etwaige *lessons learned* von Relevanz sein.

Kleine Einrichtungen und seltene Ereignisse

Eine Qualitätsbewertung von Pflegeheimen mit geringer Bewohnerzahl ist problematisch. So besteht insbesondere bei niedrig prävalenten Indikatorereignissen die Gefahr einer Benachteiligung kleiner Einrichtungen (*AOK-Bundesverband et al. 2007; Heller 2010; König et al. 2014*). Mit einfachen Worten: Zufällige Einzelereignisse fallen bei kleinen Pflegeheimen stärker ins Gewicht als bei großen. Dieses Problem besteht grundsätzlich sowohl im Stratifizierungs- als auch im Regressionsansatz. Mit Blick auf das Stratifizierungsmodell gilt zu beachten, dass die Einteilung der Bewohnerschaft in Risikogruppen die Fallzahl je Indikator zusätzlich reduziert. Das 2018er-Gutachten definierte hierfür Mindeststratagößen, um kleine Pflegeheime bei der Bewertung gesondert zu berücksichtigen (*Wingefeld et al. 2018*).

Für das Regressionsverfahren sind ebenso Verfahren für den Umgang mit kleinen Fallzahlen etabliert. Die Herausforderung ist hierbei, dass das angesichts der Bewohnerrisikostruktur erwartete Indikatorergebnis bei kleinen Fallzahlen einer breiten zufälligen Schwankung unterliegt. Für entsprechende Lösungsansätze sei beispielhaft das Vorgehen bei der Qualitätsmessung mit Routinedaten im Krankenhaus (QSR) skizziert: QSR berücksichtigt durch Einbezug des Konfidenzintervalls der Standardisierten Mortalitäts-/Morbiditätsratio (SMR, Relation von beobachteter und erwarteter Ereigniszahl) bei der Einstufung der Klinik zufällige Streuungen. Zudem werden unterdurchschnittlich bewertete Kliniken mit weniger als fünf Indikatorereignissen in den durchschnittlichen Bewertungsbereich gestuft. Zur Erhöhung der Fallzahl fasst das QSR-System bestimmte Indikatoren zu Gesamtindikatoren zusammen (vergleiche www.qualitaetssicherung-mit-routinedaten.de/methoden/stat_verfahren/index.html). Auch

MoPIP entwickelte ein Verfahren für kleine Pflegeheime, welches die Streuung der erwarteten Ereignishäufigkeit in den Einrichtungswert inkludiert (*UBC 2017, Anlage 20*).

Eine nachvollziehbare und dokumentierte Auseinandersetzung mit den etablierten Verfahren sowie mit der MoPIP-Empfehlung zum Umgang mit kleinen Einrichtungen und Einzelfällen steht aus und ist eine der Voraussetzungen für die Erfüllung des Transparenzkriteriums in der Berichterstattung. Diese Lücke benennt das 2018er-Gutachten selbst: So wirke sich die regressionsbasierte Adjustierung bei kleinen Pflegeheimen „meistens“ negativ auf die Qualitätsbewertung aus, jedoch sei dies bisher nicht überprüft worden (*Wingefeld et al. 2018, 59–60*). Ebenso stehe „der Nachweis, dass die jeweiligen Modelle auch bei kleinen Stichproben zuverlässige Beurteilungen der Ergebnisqualität liefern, (...) noch aus“ (*63*).

Letztlich unabhängig von der Adjustierungsmethodik kassieren Verfahren zum Umgang mit kleinen Fallzahlen den Fakt, dass über kleine Einrichtungen – gesteigert bei seltenen Indikatorereignissen – in der Regel keine Qualitätsaussagen möglich sind. Dies ist ein ganz wesentlicher Tatbestand angesichts dessen, dass jedes vierte Pflegeheim weniger als 30 Bewohner betreut (*Statistisches Bundesamt 2017*), für den unabhängig von der Adjustierungsfrage eine Lösung zu konsentieren ist. Eine Linie in der externen Berichterstattung könnte darin bestehen, mit dieser Begründung sowohl adjustierte als auch nicht adjustierte Daten je Einrichtung zu veröffentlichen oder jene Pflegeheime zu kennzeichnen, bei denen eine Bewertung nicht erfolgen kann. Hier stellt sich also ganz grundsätzlich die Frage, wie offensiv die künftige Qualitätsdarstellung in der Langzeitpflege diese Problematik vor dem Hintergrund des Ziels der Transparenz der Qualitätsmessung angehen möchte.

Verständlichkeit der Darstellung

Die Form der Risikoadjustierung hat ferner Einfluss auf die Ergebnisdarstellung: Neben der Zahl der Indikatoren unterscheidet sich auch der dargestellte Ergebniswert zwischen Stratifizierungs- und Regressionsansatz. Bei der Stratifizierung kann die relationale Bewertung des Pflegeheims und in diesem Sinne dessen Zuordnung in eines der Qualitätssegmente angegeben und zusätzlich aufgezeigt werden, wie viel Prozent der Bewohner vom Ergebnis betroffen waren. Die Regression hingegen setzt für jede Einrichtung das nicht adjustierte (beobachtete) Ergebnis ins Verhältnis zum angesichts der Bewohnerrisikostruktur erwarteten Ergebnis – laut aktuellem Gutachten für den Adressanten eine lediglich „abstrakte“ Information (*Wingefeld et al. 2018, 60–61*).

Dem sei an dieser Stelle widersprochen: Regressionsmodelle führen natürlich zu relationalen Werten. Sie geben zum Ausdruck, in welchem Verhältnis das einzelne Pflege-

heim im Vergleich zu den anderen Einrichtungen mit gleicher Risikostruktur steht. Das Verständnis der Werte lässt sich für den Verbraucher durch Bündelung (zum Beispiel „weit unter“ und „nahe dem Durchschnitt“ der Pflegeheime) sowie durch leserfreundliche Visualisierung zusätzlich unterstützen. Ein weiterer Verwendungskontext der Indikatoren ist das interne Qualitätsmanagement. Für die Erkennung von Optimierungspotenzialen und die Evaluation von Maßnahmen ist beispielsweise die Information, wie viele Bewohner faktisch Dekubitus entwickelten, elementar, was aber nicht als Argument gegen die Regression zu verstehen ist. Vielmehr können die Pflegeheime die auf Basis der Bewohnerstruktur erwarteten Werte und die rohen (IST-)Werte erhalten und auf diese Weise die aufgetretene Ereignislast erfassen und gleichsam im Spektrum der anderen Pflegeheime verorten.

5 Zusammenfassung und Ausblick

Mit dem nun vom Qualitätsausschuss abgenommenen Gutachten zu Instrumenten und Verfahren der Qualitätsprüfung und -darstellung im Pflegeheim ist ein wichtiger Meilenstein für die Reformierung der Qualitätssicherung im SGB-XI-Kontext erreicht. Erstmals liegt ein Gesamtkonzept zur Verknüpfung der externen Prüfung und der neu entwickelten Ergebnisindikatoren auf Basis der Eigendokumentation der Pflegeheime vor. Gleichwohl verbleiben mit Blick auf die Ergebnisindikatoren viele der bereits in den Expertisen von *Stemmer und Arnold (2014)*, *Hasseler et al. (2016)* sowie bei MoPIP (*UBC 2017*) aufgeworfenen Fragen unbeantwortet. Dies betrifft das Themenspektrum, die Art und die Anzahl der Qualitätsindikatoren ebenso wie die weiterhin ausstehende Entscheidung für das Risikoadjustierungsverfahren. Das Gutachten präsentiert ein Stratifizierungsmodell, die wissenschaftliche Expertise und (inter-)nationale Qualitätssicherungspraxis hingegen verweist auf die Eignung multivariater regressionsbasierter Adjustierungsverfahren. Bewohnerbezogene Outcomes der Versorgung sind multifaktoriell bedingt – das sollte zugunsten einer fairen Einrichtungsbewertung auch im neuen System der Qualitätssicherung im Pflegeheim Niederschlag finden.

Die Darlegungen machen ferner deutlich, dass es für die zukünftige Weiterentwicklung der bis dato vorliegenden Ausgestaltungsvorschläge keine definierten Verfahren und Methoden gibt, solche zu konsentieren, mit Blick auf die offenen Fragen aber dringend erforderlich wäre. Die Gutachter selbst plädieren für eine stufenweise Einführung der Indikatoren nach frühestens drei Messzeitpunkten, um einführungsbedingte Fehlschätzungen zu verhindern (*Wingenfeld et al. 2018, 272*). Aus Sicht der Autoren des vorliegenden Beitrags ließe sich das interne Qualitätsmanagement zeitnah

auf die neuen, noch nicht adjustierten Ergebnisqualitätsindikatoren umstellen. Durch das sinnvolle Abwarten von mehreren Erhebungswellen bis zur indikatorbasierten Berichterstattung bliebe genug Zeit, um parallel ein fundiertes Adjustierungsverfahren und eine transparente Begründung der Entscheidung auszuarbeiten. Erst nachdem diese Arbeiten beendet sind und damit ein Adjustierungsverfahren konsentiert ist, sollte die externe Berichterstattung mittels Ergebnisindikatoren an den Start gehen.

In der Gesamtschau nimmt das aktuelle Gutachten wichtige konzeptionelle Schritte auf dem Weg zu einer Qualitätsmessung und -darstellung, welche langfristig sowohl Pflegeheimen ebenso wie Verbrauchern transparent Auskunft über die Versorgungsqualität bereitstellt. Die Initiierung und Durchführung weiterer – hier angesprochener – Spezifizierungen der Methode als auch der Verfahrensabläufe müssen folgen.

Literatur

- AOK-Bundesverband et al. (2007):** Qualitätssicherung der stationären Versorgung mit Routinedaten (QSR). Abschlussbericht. Bonn: Wissenschaftliches Institut der AOK (WiDO)
- Becker A et al. (2016):** Risikoadjustierung von Qualitätsindikatoren. Eine Positionsbestimmung der DKG-Expertengruppe „Qualitätsmessung und Risikoadjustierung“. *Das Krankenhaus*, Jg. 108, Heft 11, 954–963
- Berlowitz DR, Intrator O (2012):** Risk Adjustment for Long-Term Care. In: *lezzoni IL (Hrsg.): Risk Adjustment for Measuring Healthcare Outcomes*. Chicago: Health Administration Press, 423–442
- Bonato M (2011):** Qualitätsbericht statt „Pflege-TÜV“: Konzept zur Messung und Darstellung der Pflegequalität auf wissenschaftlicher Basis – Abschlussbericht der Bonato-Kommission; paritaet-alsopfle.de → Dokumente zum Herunterladen → Pflegerische Versorgung → Qualitätsentwicklung
- Bottle A, Aylin P (2016):** *Statistical Methods for Healthcare Performance Monitoring*. Boca Raton, FL: CRC Press
- Broge B et al. (2018):** Anforderungen an einen sektorenübergreifenden Zugang zu Qualität in der stationären Altenpflege. In: *Jacobs K et al. (Hrsg.): Pflege-Report 2018 – Schwerpunkt: Qualität in der Pflege*. Berlin, Heidelberg: Springer, 135–145
- CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services) (2018):** Design for Nursing Home Compare Five-Star Quality Rating System: Technical Users' Guide. February 2018; www.cms.gov → Search
- DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (2017):** Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege – 2. Aktualisierung 2017
- Donabedian A (1988):** The Quality of Care. How Can it Be Assessed? *JAMA*, Vol. 12, No. 260, 1743–1748
- Dressel H et al. (2011):** MDK Bayern: Abschlussbericht Projekt „Bewertungssystematik Pflege-TÜV“. <http://paritaet-alsopfle.de> → Pflegerische Versorgung → Qualitätsentwicklung

Hasseler M et al. (2016): Entwicklung eines wissenschaftlich basierten Qualitätsverständnisses für die Pflege- und Lebensqualität. Abschlussbericht; www.gkv-spitzenverband.de → Pflegeversicherung → Qualität und Transparenz → Wissenschaftliches Qualitätsverständnis

Hasseler M, Wolf-Ostermann K (2010): Wissenschaftliche Evaluation zur Beurteilung der Pflege-Transparenzvereinbarungen für den ambulanten (PTVA) und stationären (PTVS) Bereich; www.gkv-spitzenverband.de → Pflegeversicherung → Qualität und Transparenz → Pflegenoten

Heller G (2010): Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2010. Stuttgart: Schattauer, 239–253

HQO (Health Quality Ontario) (2015): LTC Indicator Review Report. The Review and Selection of Indicators for Long-term Care Public Reporting; www.hqontario.ca → System Performance → Measuring System Performance → Measuring Long Term-Care Homes

Iezzi IL (2012): Risk Adjustment for Measuring Healthcare Outcomes. Chicago: Health Administration Press

IQTIG (Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen) (2017): Methodische Grundlagen V 1.0, Stand: 15. September 2017. Berlin: Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen; https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.0.pdf

König T, Barnewold L, Heller G (2014): Risikoadjustierung und Fallzahl-Prävalenz-Problem. In: AQUA-Institut (Hrsg.): Qualitätsreport 2013. Göttingen: aQua-Institut, 215–221

Mor V (2010): Public Reporting of Long-Term Care Quality: the US Experience. Eurohealth, Vol. 16, No. 2, 14–17

NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel), EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel), PPIIA (Pan Pacific Pressure Injury Alliance) (2014): Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Perth/Australia: Cambridge Media

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development), European Commission (2013): A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care. OECD Publishing

Reiter AF et al. (2008): QUALIFY: Ein Instrument zur Bewertung von Qualitätsindikatoren. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, Vol. 101, No. 10, 683–688

Schwinger A et al. (2018): Qualitätsmessung mit Routinedaten in deutschen Pflegeheimen: Eine erste Standortbestimmung. In: Jacobs K et al. (Hrsg.): Pflege-Report 2018 – Schwerpunkt: Qualität in der Pflege. Berlin, Heidelberg: Springer, 97–125

Statistisches Bundesamt (2017): Pflegestatistik 2015: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt

Stemmer R, Arnold J (2014): Expertise zur „Eignung von Indikatoren zur Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in der stationären Pflege im Bereich der sozialen Pflegeversicherung“; www.ikj-mainz.de → Fachbereiche → Gesundheitswesen

UBC (UBC-Zentrum für Alterns- und Pflegeforschung und UBC-Zentrum für Sozialpolitik) (2017): Abschlussbericht zum Forschungsprojekt Modellhafte Pilotierung von Indikatoren in der stationären Pflege (MoPIP); www.gkv-spitzenverband.de → Pflegeversicherung → Qualität und Transparenz → Indikatoren für Ergebnisqualität

Weidner F, Laag U, Brühl A (2011): Evaluation der Umsetzung der Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA) durch den MDK in Rheinland-Pfalz; www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/110530_dip-MDK-Abschlussbericht.pdf

Wingenfeld K et al. (2011): Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe. Abschlussbericht; www.bmfsfj.de → Service → Publikationen

Wingenfeld K et al. (2018): Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI in der stationären Pflege – Abschlussbericht: Darstellung der Konzeptionen für das neue Prüfverfahren und die Qualitätsdarstellung vom 3. September 2018; erscheint in Kürze auf www.gs-qa-pflege.de

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 18. September 2018)

DIE AUTOREN



Dr. rer. pol. Antje Schwinger,

Jahrgang 1976, absolvierte ein Pflegestudium an der Napier University Edinburgh und ein Studium der Gesundheitsökonomie an der Universität zu Köln. Nach Tätigkeiten im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WiDo) und im AOK Bundesverband war sie mehrere Jahre am IGES Institut tätig mit den Themenschwerpunkten vertragsärztliche Vergütung und Pflegeforschung. Sie leitet den Forschungsbereich Pflege im WiDo. 2017 schloss sie ihre Promotion an der Universität Bremen zum Thema Pflegekammern ab.



Susann Behrendt,

Jahrgang 1982, studierte Kommunikationswissenschaft, Soziologie und Interkulturelle Wirtschaftskommunikation an der Friedrich-Schiller-Universität Jena, der Universidad de Salamanca und der University of Limerick. Es folgten wissenschaftliche Tätigkeiten am Europäischen Migrationszentrum, am Statistischen Bundesamt sowie am IGES Institut mit Schwerpunkt Versorgungsforschung, Qualitätsmessung und Sekundärdatenanalysen. Seit Dezember 2017 ist sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin am WiDo befasst mit Themen rund um die Versorgungsqualität in der Langzeitpflege.