



# GESUNDHEITSWESEN AKTUELL 2019

## BEITRÄGE UND ANALYSEN

herausgegeben von Uwe Repschläger,  
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

Susann Behrendt, Chrysanthi Tsiasioti, Tanyel Özdes, Antje Schwinger  
Routinedatenbasierte Qualitätsindikatoren in der stationären Langzeitpflege

Auszug aus:

BARMER Gesundheitswesen aktuell 2019 (Seite 290–317)

doi: 10.30433/GWA2019-290

**BARMER**

Susann Behrendt, Chrysanthi Tsiasioti, Tanyel Özdes, Antje Schwinger

## Routinedatenbasierte Qualitätsindikatoren in der stationären Langzeitpflege

Die gesetzliche Qualitätssicherung in der stationären Langzeitpflege erfährt aktuell eine Novel-lierung und löst damit den sogenannten Pflege-TÜV ab. Der Beitrag führt den Leser zunächst in die aktuellen Rahmenbedingungen der Qualitätssicherung in diesem Setting ein und gibt Antworten auf die Frage, wie ein System aussieht, das als Reaktion auf das erheblich kritisierte Pflegenotensystem verstanden werden kann. Novum ist hierbei die erstmalige Integration von Indikatoren in das Gesamtsystem der Messung und Berichterstattung von Versorgungsqualität in Pflegeeinrichtungen. Ein zentraler Schwachpunkt ist die Beschränkung der erfassten Qualitätsaspekte auf den Bereich der SGB-XI-Leistungserbringung. Der Pflegeeinrichtung mit ihren unterschiedlichen pflegerischen und medizinischen Akteuren und der Qualität als multifaktorielles Phänomen wird damit nicht ausreichend Rechnung getragen. Dass Indikatoren auch Qualität von sektoren- und berufsgruppenübergreifenden Prozessen in Pflegeeinrichtungen messen können und dass die notwendigen Informationen vorhanden sind, unterstreicht der Beitrag durch die Entwicklung eines routinedatenbasierten Indikators zum Einsatz von Antipsychotika bei demenziell erkrankten und stationär Gepflegten.

### Einleitung

Die gesetzliche Qualitätssicherung der stationären Langzeitpflege in Deutschland wird aktuell auf eine neue Grundlage gestellt. Hintergrund dieser Reform bilden die auch zehn Jahre nach Einführung der öffentlichen Qualitätsberichterstattung durch Pflege-TRANSPARENZBERICHTE (dem sogenannten Pflege-TÜV) vorhandenen Hinweise auf eine erhebliche Fehlversorgung der Bewohner in deutschen Pflegeeinrichtungen. Diese reichen von pflegenahen Aspekten wie der mangelhaften Prophylaxe von Druckgeschwüren und einer unzureichenden Wund- und Schmerzversorgung (MDS 2018) bis hin zu pflegerisch-ärztlichen Schnittstellen. Hierzu zählen unter anderem risikobehaftete Arzneiverordnungen und Fehlversorgungsprozesse im Bereich Psychopharmaka (Jaehde und Thürmann 2018; Schwinger et al. 2017a; Schwinger et al. 2016), Mundgesundheit (Rothgang et al. 2014) und der Bereitstellung von Heil- und Hilfsmitteln (Balzer et al. 2013). Es finden sich ebenso Hinweise auf potenziell vermeidbare Krankenhauseinweisungen und auf Hospitalisierungen in der letzten Lebenswoche der stationär Gepflegten (Ramroth et al. 2006; Wiese et al. 2016).

Der Beitrag wird in die aktuellen Rahmenbedingungen der gesetzlichen Qualitätssicherung in der stationären Langzeitpflege einführen. Das zentrale Novum der neuen Qualitätsmessung und -darstellung sind die neu entwickelten Qualitätsindikatoren, die die weiterhin bestehende, aber grundsätzlich neu gestaltete MDK-Prüfung ergänzen werden. Für ihre Ermittlung sind die Einrichtungen verpflichtet, zweimal jährlich anhand eines vorgegebenen Erhebungsbogens Informationen über alle Bewohner zu erfassen. Die Indikatoren verstehen sich als Instrument, um das Ergebnis der pflegerischen Versorgung am Bewohner zu messen und sollen das interne Qualitätsmanagement und die externe Qualitätsberichterstattung enger miteinander verknüpfen.

Damit stehen den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen ebenso wie der interessierten Öffentlichkeit ab Juli 2020 drei Arten von Informationen zur Verfügung: durch die Einrichtungen erfasste Indikatoren, die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen des MDK sowie strukturelle Einrichtungsinformationen (auf die im Folgenden jedoch nicht weiter eingegangen werden kann, siehe hierzu Schwinger und Behrendt 2019). An einem kurzen historischen Abriss stellen die Autoren das neue System dar, das in Kürze den bis dato aktiven Pflege-TÜV ablöst. Abgeleitet aus der kritischen Würdigung dieses neuen Modells und Verfahrens thematisiert der Beitrag die Bedeutung einer sektoren- und damit berufsgruppenübergreifenden Messung und Darstellung der Versorgungsqualität in der Pflegeeinrichtung. Am Beispiel des Einsatzes von Antipsychotika bei demenziell erkrankten Bewohnern wird skizziert, wie eine solche Qualitätserfassung am Schnittpunkt der pflegerischen und ärztlichen Versorgung auf Basis von Routinedaten der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung (GKV und SPV) aussehen kann.

## Die Novellierung der gesetzlichen Qualitätssicherung in der stationären Langzeitpflege

### Die Gesetzgebung zur Reform der Qualitätssicherung im Zeitraffer

Die gesetzliche Qualitätssicherung in der SPV wurde mehrfach reformiert. Im letzten Jahrzehnt waren insbesondere drei Gesetze für die Ausgestaltung der Qualitätsmessung und -darstellung im Langzeitpflegebereich von Bedeutung. Das Pflegeweiter-

entwicklungsgesetz (PFWG) im Jahr 2008 führte die nunmehr jährliche externe Qualitätsprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) verpflichtend ein. Deren Ergebnisse sind in „verständlicher, übersichtlicher und vergleichbarer“ Form aufzubereiten und als Pflege-Transparenzbericht für jede Pflegeeinrichtung im Internet frei zugänglich zu veröffentlichen. Die Aggregation der Ergebnisse zu Schulnoten prägte fortan den Begriff des Pflege-TÜVs und ist Kern der seit einem Jahrzehnt anhaltenden, primär methodischen Kritik an der aktuellen Qualitätsmessung und -darstellung in der stationären Langzeitpflege. Infrage gestellt wird dabei die generelle Eignung der Prüfkriterien für eine Einschätzung der Pflegequalität, der Bewertungssystematik (unter anderem die Gewichtung der Kriterien) sowie die Adäquatheit und Transparenz der Ergebnisaufbereitung für den Verbraucher (Bonato 2011; Dressel et al. 2011; Hasseler und Wolf-Ostermann 2010). Noch kennzeichnet dieses System die aktuelle Qualitätssicherung in der Pflege, verfehlt jedoch die ursprüngliche Absicht. Hinzu kommt: Ein Großteil der Einrichtungen erhält eine „Einser-Benotung“; aus Verbrauchersicht eine ad absurdum geführte Situation, von Rothgang als „Noteninflation“ bezeichnet (Rothgang 2018).

Als Reaktion auf die anhaltende Kritik am Notensystem und angesichts der (medial) verstärkt ins öffentliche Bewusstsein gerückten Versorgungsdefizite in einigen Pflegeeinrichtungen folgte mit dem Pflegeneuausrichtungsgesetz (PNG 2012) schließlich der Schritt weg vom Pflege-TÜV hin zu einem Novum in der deutschen Qualitätssicherung für den Langzeitpflegebereich. Gestützt auf Eigenerhebungen der Pflegeeinrichtungen sollen fortan Qualitätsindikatoren die weiterhin bestehenden externen MDK-Prüfungen ergänzen. Das Pflegestärkungsgesetz (PSG II 2016) konkretisierte dieses Konzept, verankerte die wissenschaftliche Weiterentwicklung und veranlasste die Schaffung des Qualitätsausschusses Pflege. Im September 2018 nahm der Qualitätsausschuss das zentrale Gutachten für die „Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und die Qualitätsdarstellung nach § 115 Absatz 1a SGB XI in der stationären Pflege“ ab und stellte damit Weichen für die zukünftige Systemgestaltung (Wingenfeld et al. 2018).

Als Autoren des Gutachtens entwickelten das Institut für Pflegewissenschaft der Universität Bielefeld (IPW) und das aQua-Institut Instrumentarien und Prozesse der MDK-Prüfungen weiter, entwarfen die indikatorbasierte Messung der Ergebnisqualität in der stationären Langzeitpflege und integrierten diese beiden Ansätze in ein Gesamtverfahren. Im November 2018 sowie im März 2019 wurde die Ausgestaltung des neuen Systems durch die „Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität, die Qualitätssicherung und -darstellung und für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements in der vollstationären Pflege“ (MUG) und durch die „Qualitätsdarstellungsvereinbarung für die stationäre Pflege“ (QDVS) konkretisiert. Ergänzt werden diese untergesetzlichen Normen vom Qualitätsausschuss durch die neu gefasste Qualitätsprüfungsrichtlinie des GKV-Spitzenverbands aus dem Dezember 2018 (QPR vollstationär). Das neue System soll mit einer Übergangszeit von knapp einem Jahr implementiert werden. Den Beginn markiert die geplante Errichtung einer neuen Datenstelle (DAS) im September 2019. Ab Oktober 2019 sollen Testerhebungen der Pflegeeinrichtungen zu den neuen Indikatoren folgen; eine erste Veröffentlichung ist ab Juli 2020 geplant. Die Qualitätsprüfungen des MDK sind bereits am 1. November 2019 auf die neue Systematik umzustellen.

Mit Umsetzung des neuen Regelwerks werden den Betroffenen und ihren Angehörigen perspektivisch drei Arten von Informationen zur Verfügung stehen (Abbildung 1):

1. die Ergebnisse der MDK-Prüfungen,
2. die auf Eigendokumentation der Einrichtungen fußenden Indikatoren und
3. Einrichtungsinformationen (unter anderem Baulichkeiten, Angebote, vorgehaltenes Personal), auf die an dieser Stelle jedoch nicht weiter eingegangen werden soll (siehe hierzu Schwinger und Behrendt 2019; Schwinger und Behrendt 2018).

**Abbildung 1: Die neue Qualitätsdarstellung nach § 115 Absatz 1a SGB XI in der stationären Pflege**

	Qualitätsdarstellung (nach § 115 Absatz 1a SGB XI)		
	Indikatoren	Ergebnisse der MDK-Prüfung	Einrichtungs- informationen
welche Informationen	10 Indikatoren, davon 6 Ergebnisindikatoren	15 Qualitätsaspekte (zzgl. Informationen zum Konzept für den Umgang mit Sterbenden)	ca. 70 Einzelinformationen
Methode der Informationsgewinnung	Eigenerhebung Heime bei allen Bewohnern; Plausibilitätskontrolle während MDK-Prüfung	Begutachtung des MDK vor Ort; Stichprobe von 9 Bewohnern	Angabe der Heime (verpflichtend), aber keine Überprüfung
zusammenfassende Darstellung	keine	keine	keine
Bewertung der Heime	relationaler Vergleich der Heime in 5 Stufen	normative Setzung in 4 Stufen	keine Bewertung der Information

Quelle: WIdO 2019

## Die neue MDK-Prüfung und ihre Ergebnisdarstellung

Die nun mehr beratungsorientierten MDK-Prüfungen vor Ort bleiben folglich fester Bestandteil des Systems. Sie nehmen neun nach einem vorgegebenen Verfahren zufällig ausgewählte Bewohner in Augenschein (QPR vollstationär, S. 14 f.). Insgesamt werden 16 bewohnerbezogene Qualitätsaspekte erfasst (Abbildung 2), 15 davon gehen in die externe Qualitätsberichterstattung ein (QDVS, Anlage 6). Von acht einrichtungsbezogenen, durch den MDK geprüften Qualitätsaspekten finden sich lediglich die Informationen zu Regelungsstatbeständen zur Begleitung von sterbenden Bewohnern in der Veröffentlichung.

## Abbildung 2: Die bewohnerbezogenen Qualitätsaspekte in der novellierten MDK-Prüfung

Qualitätsaspekte	
vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen anhand einer Stichprobe von neun Bewohnern geprüft	
1.1	Unterstützung im Bereich der Mobilität
1.2	Unterstützung beim Essen und Trinken
1.3	Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung
1.4	Unterstützung bei der Körperpflege
2.1	Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme
2.2	Schmerzmanagement
2.3	Wundversorgung
2.4	Unterstützung bei besonderem medizinisch-pflegerischen Bedarf
3.1	Unterstützung bei Beeinträchtigung der Sinneswahrnehmung (zum Beispiel Sehen, Hören)
3.2	Unterstützung bei der Strukturierung des Tages, Beschäftigung und Kommunikation
3.3	nächtliche Versorgung
4.1	Unterstützung in der Eingewöhnungsphase nach dem Einzug
4.2	Überleitung bei Krankenhausaufenthalt
4.3	Unterstützung von Bewohnern mit herausforderndem Verhalten
4.4	Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen
5.	Begleitung sterbender Heimbewohner und ihrer Angehörigen

Quelle: eigene Darstellung, WIdO 2019 nach QDVS, Anlage 8

Jeder der 15 bewohnerbezogenen Qualitätsaspekte erhält im Ergebnis eine einrichtungsbezogene Bewertung auf einer vierstufigen Skala zum Vorliegen von „keinen oder geringen“, „moderaten“, „erheblichen“ oder „schwerwiegenden“ Qualitätsdefiziten. Die Grenze, ab wann welcher Warnhinweis (das bedeutet die entsprechende Stufe) gegeben wird, ist eine normative Setzung des Qualitätsausschusses, der die Qualitätsdarstellungsvereinbarung (QDVS) erlässt. Geeignet hat man sich auf ein Verfahren, bei dem die MDK-Prüfer für die neun begutachteten Bewohner je Qualitätsaspekt einschätzen, ob negative Folgen bereits eingetreten sind (D-Wertung), ein Risiko hierfür (C-Wertung) oder Auffälligkeiten, jedoch ohne erwartete Risiken oder negative Folgen für den Bewohner vorliegen (B-Wertung) (Anlage 7 der QDVS). Kritisiert werden kann, dass auch bei einer C-Wertung bei einem der neun in Augenschein genommenen Bewohner, das heißt trotz Vorliegen eines Defizits – wenngleich nur mit dem Risiko negativer Folgen – für den entsprechenden Qualitätsaspekt „keine oder geringe Qualitätsdefizite“ ausgewiesen werden. Ferner ist es vorstellbar, dass die gewählte Skalierung dem Verbraucher suggeriert, die Informationen ließen sich für ein Ranking der Einrichtungen nutzen.

Aufgrund der geringen Stichprobengröße wie auch aufgrund der fehlenden Risiko-adjustierung der Ergebnisse um Besonderheiten der Einrichtungen sind die Ergebnisse jedoch letztlich „nur“ als Warnhinweise hinsichtlich potenziell vorliegender Auffälligkeiten zu verstehen. Ein weiterer kritischer Punkt ist, dass eine weitergehende Zusammenfassung dieser Einzelinformationen nicht vorgesehen ist (Anlage 7 und Anlage 8 der QDVS). Dies mag der Tatsache geschuldet sein, dass die aggregierte Bewertung des alten Pflege-TÜVs einer seiner zentralen Kritikpunkte war. Natürlich bergen Zusammenfassungen von Qualitätsergebnissen methodische Fallstricke. Ebenso wenig sind sie in der Lage, individuelle Verbraucherpräferenzen für bestimmte Qualitätsaspekte beziehungsweise Darstellungsformen zu berücksichtigen. Studien zeigen jedoch, dass Verbraucher – insbesondere für erste Vorsortierungen im Kontext der Auswahl einer Pflegeeinrichtung – zusammengefasste Qualitätsaussagen nutzen (Greene et al. 2016; Kumpunen et al. 2019; Kumpunen et al. 2014). Hier bedarf es einer zeitnahen Evaluation und Weiterentwicklung der Darstellungsform.

## Das Novum: Indikatoren für die Erfassung der Ergebnisqualität als elementarer Teil des Gesamtsystems

Neben der MDK-Bewertung der Einrichtung kann der Betroffene zukünftig zehn Indikatoren für die Qualitätseinschätzung einer Einrichtung zurate ziehen. Sie stellen das eigentliche Novum der Qualitätsmessung und -darstellung dar. Ausgangspunkt des aktuellen Indikatorkonzepts war das von 2008 bis 2011 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“ des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) und des Instituts für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH (ISG). Ergebnis des Projekts war ein System von 15 Ergebnisindikatoren (Wingenfeld et al. 2011), das mit wenigen Anpassungen in Kürze mit dem novellierten Prüfsystem implementiert wird. Anpassungsbedarf, beispielsweise bei der Fundierung und methodischen Reifung der Indikatoren (Hasseler et al. 2016; Stemmer und Arnold 2014) oder zur Methode der Risikoadjustierung (UBC 2017), dargelegt von unterschiedlichen Gutachtern und beauftragt im Kontext der Weiterentwicklung des Systems, wurde für die jetzt gewählte Ausgestaltung nicht aufgegriffen.



Fortan sind die Einrichtungen zur Ermittlung der Indikatoren verpflichtet, zweimal jährlich anhand eines vorgegebenen Erhebungsbogens, Informationen über alle Bewohner zu erfassen. Sechs dieser Indikatoren beziehen sich auf die Ergebnisqualität im engeren Sinne (Abbildung 3). Sie drücken aus, wie häufig ein (un-)erwünschtes Ereignis (zum Beispiel die Entstehung von Druckgeschwüren) in der Einrichtung eingetreten ist und verstehen sich damit als Instrument zur Messung des Ergebnisses der pflegerischen beziehungsweise medizinischen Versorgung am Bewohner. Neben den sechs Indikatoren, die im engeren Sinne mit guter oder schlechter Pflege assoziierte Ergebnisse aufzeigen, gibt es vier weitere, die qualitätsrelevante Struktur- und Prozessmerkmale abbilden.

### Abbildung 3: Indikatoren im Rahmen der novellierten externen, gesetzlichen Qualitätsmessung in der stationären Langzeitpflege

Indikatoren
von der Pflegeeinrichtung selbst erfasst (bei 1., 2., 4., 5. und 6. Unterscheidung nach zwei Risikogruppen)
1. erhaltene Mobilität
2. erhaltene Selbstständigkeit bei alltäglichen Verrichtungen (zum Beispiel Körperpflege)
3. erhaltene Selbstständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte
4. Dekubitusentstehung
5. schwerwiegende Sturzfolgen
6. unbeabsichtigter Gewichtsverlust
7. Durchführung eines Integrationsgesprächs
8. Anwendung von Gurten zur Fixierung von Bewohnern
9. Anwendung von Bettseitenteilen
10. Aktualität der Schmerzeinschätzung

Quelle: WIdO 2019 nach QDVS, Anlage 3

Die Einschätzung der Pflegeeinrichtungen erfolgt – anders als bei der normativen Bewertung der MDK-Prüfergebnisse – vergleichend auf Basis der Einordnung der Indikatorwerte einer Pflegeeinrichtung in das Spektrum aller Einrichtungen. Bei derartigen Vergleichen in Quintil-Schnitten wird den 20 Prozent der Einrichtungen mit den besten Ergebnissen die Bewertung „Ergebnisqualität liegt weit über dem Durchschnitt“, den nächsten 20 Prozent „Ergebnisqualität liegt über dem Durchschnitt“ und so weiter zugewiesen. Im hiesigen Verfahren ist jedoch versäumt worden, die

regelmäßige empirische Adjustierung der Quintil-Schnitte verfahrenstechnisch zu formulieren, sodass die Quintile faktisch gar nicht jeweils 20 Prozent der Einrichtungen umfassen werden.

Ein weiterer Kritikpunkt in diesem Zusammenhang betrifft die Risikoadjustierung. Für ein faires Ranking der Einrichtungen ist es wichtig, die nicht durch die Leistungserbringer beeinflussbaren Risikofaktoren aus den Ergebnissen herauszurechnen. Den Empfehlungen der Gutachter folgend, hat der Qualitätsausschuss Pflege für das neue Prüfsystem bei fünf Indikatoren die Methode der Stratifizierung gewählt, das heißt eine monofaktorielle Differenzierung der Indikatoren mit und ohne hohes Risiko für das Ereignis in zwei Gruppen beziehungsweise Schichten (Strata) (Wingefeld et al. 2018). Etabliert ist im Kontext von Ergebnisindikatoren jedoch der Einsatz von Regressionsansätzen, da sie die Betrachtung von mehreren Einflussfaktoren bei der Adjustierung der Ergebnisse ermöglichen und damit der multifaktoriellen Bedingung von Indikatorereignissen, und damit letztlich von Qualität, Rechnung tragen können (Schwinger 2018).

Das neue System besitzt darüber hinaus einen ganz grundlegenden Schwachpunkt: Es geht immer und allein um die Qualität von Versorgungsergebnissen, die den SGB-XI-Leistungserbringern zuschreibbar sind, und nicht um eine sozialleistungsträgerübergreifende Perspektive. Dies ist der Ausgangspunkt der im Folgenden vorgestellten empirischen Analyse. Die Messung und Darstellung der Qualität in der Pflegeeinrichtung bedarf eines erweiterten Verständnisses von Qualität als multi-kausales Phänomen. Die Pflegeeinrichtung als Setting der Versorgung involviert unterschiedlichste Akteure, die das bewohnerbezogene Versorgungsergebnis maßgeblich modifizieren, hervorbringen und letztlich die Qualität beeinflussen. Das Pflegepersonal ist dabei nur ein Aspekt, eine beeinflussende Gruppe. Die berufsübergreifende Betrachtung ist entscheidend, um Versorgungsmuster aufzuzeigen, die sich im Setting Pflegeeinrichtung im wahrsten Sinne verorten lassen, jedoch Resultat von in Wechselbeziehungen stehenden Leistungserbringern sind. Dies erfolgt zudem eingebettet in eine Vielzahl kontextueller und organisationaler Bedingungsfaktoren vom Wohnbereichsmanagement bis zur lokalen Arztverfügbarkeit.

## Antipsychotika-Einsatz bei Demenz als routinedatenbasierter Qualitätsindikator

Vor dem Hintergrund der fehlenden berufsgruppenübergreifenden Perspektive der gesetzlichen Qualitätsmessung in der stationären Langzeitpflege untersucht der Beitrag die Versorgung demenziell erkrankter Bewohner unter dem Gesichtspunkt der Antipsychotika-Verordnungspraxis. Basis bilden die Routinedaten der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Die im Zuge der Novellierung der gesetzlichen Qualitätsmessung und -darstellung implementierten Indikatoren in Deutschland sehen eine besondere Betrachtung demenziell erkrankter Pflegebedürftiger und ihrer medikamentösen Versorgung in der Pflegeeinrichtung nicht vor (Wingenfeld et al. 2018). Dies ist beachtlich, sind doch nach aktuellen Befunden rund 70 Prozent der stationär Gepflegten von dieser Erkrankung betroffen (Rothgang et al. 2010; Schäufele et al. 2013; Schwinger et al. 2018).

Das in der Vergangenheit stetig gewachsene Bewusstsein gegenüber demenzbedingten Herausforderungen beim Altern stellt jedoch im verstärkten Maße die Versorgung von Pflegebedürftigen selbst auf den Prüfstand. International ist die Messung der Antipsychotika-Verordnungsraten seit vielen Jahren bei demenziell erkrankten Bewohnern von Pflegeeinrichtungen ein anerkannter und etablierter Qualitätsindikator im Kontext der Qualitätsmessung und -berichterstattung, unter anderem in Kanada und den USA (CIHI 2013; CMS 2018; HQO 2015). Zur Behandlung des mit der Demenz verbundenen sogenannten herausfordernden Verhaltens und der psychopathologischen Symptome wie Apathie, Aggressivität und Herumwandern finden sich konkrete Empfehlungen in der medizinischen S3-Leitlinie „Demenzen“ (DGPPN und DGN 2016). Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde und die Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) definieren darin als erstes Mittel der Wahl nicht-medikamentöse Interventionen; demgemäß „sollten alle verfügbaren und einsetzbaren psychosozialen Interventionen ausgeschöpft werden, bevor eine pharmakologische Intervention in Erwägung gezogen wird“ (DGPPN und DGN 2016; Savaskan et al. 2014).

Antipsychotika sind ausschließlich bei Fortbestehen erheblicher Symptomatik einzusetzen; und dann kurzfristig, niedrig dosiert und engmaschig kontrolliert. Bei älteren, demenziell erkrankten Menschen birgt die Verabreichung dieser Wirkstoffe erhebliche Risiken für zerebrovaskuläre Erkrankungen, eine erhöhte Mortalität sowie Nebenwirkungen mit gravierenden Folgen wie Stürze. Der Nutzen dieser medikamentösen Therapie wird als moderat eingestuft (Kirkham et al. 2017).

Die Studienlage zeichnet hier jedoch ein anderes Bild. Ein systematischer Review aus dem Jahr 2017, basierend auf 43 internationalen Studien, identifizierte ein breites Spektrum an Antipsychotika-Verordnungsraten. Je nach Untersuchung erhielten 24 bis 64 Prozent der stationär Gepflegten mit Demenz diese Wirkstoffe (Kirkham et al. 2017). Eine Befragung von rund 2.500 Pflegekräften in deutschen Pflegeeinrichtungen unterstreicht darüber hinaus, wie pflegerische und medizinische Akteure die Versorgungspraxis gemeinsam bestimmen. Mehr als ein Viertel der Pflegekräfte (27 Prozent) gab hier an, regelmäßig auf Verordnungen dieser Wirkstoffe hinzuwirken, weitere 57 Prozent taten dies gelegentlich (Schwinger et al. 2017b). Es macht deutlich, dass die Qualität dieses Versorgungsaspekts von demenziell erkrankten Pflegebedürftigen viele Ursachen hat, die nicht allein einer Berufsgruppe zuschreibbar sind.

Ausgehend von der Diskrepanz zwischen evidenzbasierten Empfehlungen und Versorgungswirklichkeit in der Pflegeeinrichtung und angesichts des Bedarfs einer sektor- und berufsgruppenübergreifenden Perspektive auf die Versorgungsprozesse und deren Qualität untersucht der vorliegende Beitrag die Entwicklung eines routinedatenbasierten Qualitätsindikators zum Einsatz von antipsychotischer Medikation bei stationär Gepflegten mit Demenz. Eine zusätzliche Analyse prüft darüber hinaus, inwieweit sich Verordnungsraten unterscheiden, je nachdem ob die Verordnungen in der jeweiligen Pflegeeinrichtung hauptsächlich vom hausärztlichen Akteur oder vom Neurologen, Nervenarzt oder Psychiater ausgestellt werden.

## Methodik

### Datengrundlage

Die hier präsentierte retrospektive Sekundärdatenanalyse basiert auf den anonymisierten, versichertenbezogenen Routinedaten aller AOK-Kranken- und Pflegekassen für das Berichtsjahr 2015. Auf dieser Grundlage waren zur Beschreibung der demenziell erkrankten Bewohner von Pflegeeinrichtungen (die finale Studienpopulation) eine mehrstufige Selektion und Operationalisierung erforderlich.

### Demenziell erkrankte Bewohner in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Als Bewohner einer vollstationären Pflegeeinrichtung galten jene Versicherte, die in mindestens einem Quartal 2015, und zwar bereits zu Beginn des jeweiligen Quartals, Leistungen der vollstationären Dauerpflege (§ 43 SGB XI) in Anspruch nahmen. Eine Pflegeeinrichtung wurde ausschließlich dann einbezogen, wenn es ein eindeutiges Institutionskennzeichen (und damit eindeutig als Einrichtung in den Daten identifizierbar war) und einen Pflegetransparenzbericht der vollstationären Prüfung nach § 115 SGB XI aufwies. Um zu kleine, nicht interpretierbare Fallzahlen zu vermeiden, wurden nur Einrichtungen betrachtet, in denen in jedem Quartal mindestens 30 AOK-Versicherte wohnten. Damit wurden auch Bewohner einbezogen, die im Laufe des Quartals verstarben, während Personen, die zu Beginn des Quartals noch nicht pflegebedürftig oder in häuslicher Pflege waren, nicht Teil der jeweiligen Quartalsgrundgesamtheit waren. Zur Bestimmung der demenziell erkrankten Pflegebedürftigen der Einrichtungen wäre der naheliegende Weg, die Erkrankung Demenz mittels ICD-10-Diagnosedaten (F00-F03) aus der ambulanten ärztlichen und stationären Versorgung zu identifizieren.

Eigene Analysen im Vorfeld dieses Beitrags ergaben jedoch eine deutliche Unterschätzung der Demenz-Prävalenz bei ausschließlichem Einbezug dieser Abrechnungsdiagnosen: 60,9 Prozent der Bewohner ab 60 Jahren ( $n = 141.605$ ) wiesen demnach im Durchschnitt der Quartale mindestens eine der Diagnosen für Demenz auf (Schwinger et al. 2018). Die vorliegende Auswertung setzte aus diesem Grund auf dem Proxy „Vorliegen einer eingeschränkten Alltagskompetenz (EA) gemäß §45a SGB XI“ auf.

Diese Kategorie ist zwar nicht kongruent mit dem Vorliegen einer Demenz. Auch Beeinträchtigungen durch geistige Behinderungen und psychischen Erkrankungen sind Indikationen zur Feststellung einer EA (GKV-SV 2010). Ausgehend von der betagten Population (Einschluss ab 60 Jahren) sowie der Fokussierung allein auf Pflegegedürftige, die in einer vollstationären Pflegeeinrichtung leben, ist jedoch davon auszugehen, dass das Gros der Studienpopulation bei einer EA auch an Demenz leidet. Hinzu kommt, dass 40,6 Prozent der Bewohner mit EA eine Antipsychotika-Verordnung im Durchschnitt der Quartale aufwiesen, was sich in die Prävalenzwerte epidemiologischer Studien einfügt (Bergner 2016; Mauleon et al. 2014; Molter-Bock et al. 2006; Richter et al. 2012; Schwinger et al. 2018).

Die routinedatenbasierte Bestimmung der an Demenz Erkrankten bezieht nach Wegfall der EA-Kategorie mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ab Januar 2017 die ärztlichen Diagnosen sowie Informationen aus der MDK-Begutachtung ein.

### Qualitätsindikator zum Einsatz von Antipsychotika bei Demenz in der stationären Langzeitpflege

Um den Einsatz antipsychotischer Medikation bei demenziell erkrankten Bewohnern in der Pflegeeinrichtung routinedatenbasiert zu untersuchen, zählt die Analyse für jede der Einrichtungen alle Verordnungen der ATC-kodierten Wirkstoffgruppe N05A (Antipsychotika) im Jahr 2015. Dieser einrichtungsbezogene Wert bildet den Zähler des Indikators und wird in das Verhältnis zu allen demenziell erkrankten Bewohnern der Pflegeeinrichtung gesetzt (Nenner). Um die bewohnerindividuelle Verweildauer in der Einrichtung zu berücksichtigen (neu eingezogene Bewohner haben rein rechnerisch ein geringeres Risiko [time under risk] für Verordnungen als Bewohner mit längeren Verweildauern), werden für jede Pflegeeinrichtung die Verweiltage aller demenziell Erkrankten für das Jahr 2015 aufsummiert und in Vollzeitäquivalente im Sinne von durchgängig belegten Einrichtungsplätzen verrechnet (ein Jahr = Vollzeitheimplatz). Daraus ergibt sich der verordnungsbasierte Indikator für den Antipsychotika-Einsatz bei demenziell erkrankten Bewohnern, den die Tabelle 1 zusammenfasst.

**Tabelle 1: Antipsychotika-Einsatz bei demenziell erkrankten stationär Gepflegten: ein routinedatenbasierter Qualitätsindikator**

Anzahl der Verordnungen von Antipsychotika je 100 Pflegeheimbewohner mit Demenz (EA) im Jahr	
Fall	Jede einzelne Verordnung eines Antipsychotikums bei einem Pflegeheimbewohner mit Demenz (EA) im Jahr zählt als ein Fall.
Zähler	Anzahl der Antipsychotika-Fälle im Referenzjahr
Nenner	Anzahl der aufsummierten Pflegeheimtage aller Bewohner mit Demenz (EA) einer Einrichtung dividiert durch die Tagesanzahl eines Kalenderjahres (365)
Kodes	ATC: N05A - Antipsychotika
Qualitätsziel	geringe Anzahl von Antipsychotika-Fällen bei Bewohnern mit Demenz (EA) im Jahr

Quelle: WiDO 2019

Anmerkung: EA – eingeschränkte Alltagskompetenz gemäß § 45a SGB XI

## Hauptverordner der Antipsychotika bei Demenz in der Pflegeeinrichtung

Die Analyse, welche ärztlichen Leistungserbringer letztlich die Antipsychotika-Verordnungen tätigen, unterscheidet zwischen Hausarzt, Neurologen/Nervenarzt/ Psychiater und sonstigen Facharztgruppen (siehe Tabelle 2). Berechnet wird dabei für jede Pflegeeinrichtung, welche dieser drei Gruppen der Hauptverordner dieser Medikation ist, das heißt die meisten Verordnungen im Jahr 2015 ausstellt (einrichtungsbezogener prozentualer Anteil der Antipsychotika-Verordnungen je unterschiedener Arztgruppe in der Studienpopulation an allen Antipsychotikaverordnungen der Studienpopulation in selbiger Einrichtung, 2015). Die Analyse prüft schließlich mit dem Kruskal-Wallis-Test, ob ein statistisch signifikanter Unterschied im Hinblick auf die Indikatorwerte zwischen jenen Pflegeeinrichtungen vorliegt, bei denen der Hausarzt die Verordnungen dominiert, jenen, bei denen dies auf den Nervenarzt/Neurologen/ Psychiater und jenen, bei denen dies auf sonstige Facharztgruppen zutrifft. Um zu bestimmen, welche dieser Arztgruppen sich signifikant unterscheiden, wurden anschließend Post-hoc-Tests (Dunn-Bonferroni-Tests) durchgeführt.

**Tabelle 2: Einbezogene Facharztgruppen zur routinedatenbasierten Erfassung des Antipsychotika-Einsatzes bei Demenz in der stationären Langzeitpflege**

Fachgruppe	Hausärzte		Neurologen, Nervenärzte, Psychiater	
	Titel		Fachgruppe	Titel
01	Hausarzt: Facharzt Allgemeinmedizin/Innere und Allgemeinmedizin, Schwerpunkt Geriatrie		51	Facharzt Nervenheilkunde; Facharzt Neurologie und Psychiatrie; Facharzt Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie
02	Hausarzt/Praktischer Arzt, obsolet		53	Facharzt Neurologie, Schwerpunkt Geriatrie
03	Hausarzt: Facharzt Innere Medizin und Schwerpunkt gesamte Innere Medizin		58	Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie; Facharzt Psychiatrie, Schwerpunkt Geriatrie
			59	Schwerpunkt Forensische Psychiatrie

Quelle: WIdO 2019, in Anlehnung an KBV 2017

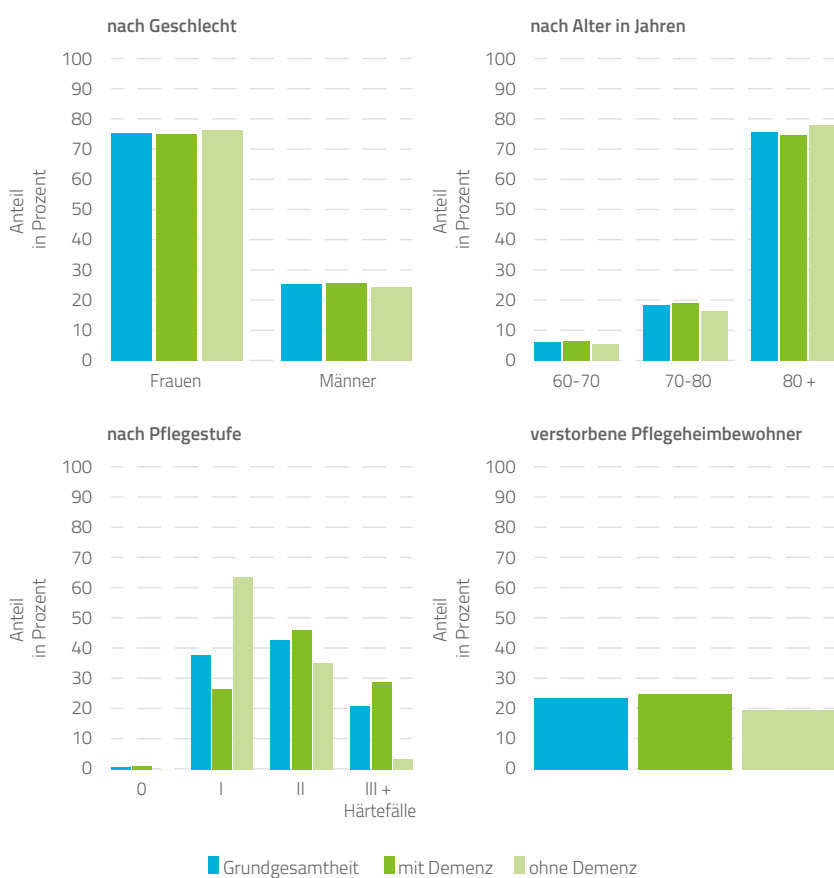
## Ergebnisse

### Bewohner von Pflegeeinrichtungen mit und ohne Demenz

Die Grundgesamtheit (Bewohner von Pflegeeinrichtungen mit mindestens 30 AOK-Versicherten) umfasste mit 172.531 Bewohnern in 3.459 Pflegeeinrichtungen im Jahr 2015 knapp ein Viertel (22 Prozent) der stationär Langzeitgepflegten in Deutschland und 40 Prozent der deutschen Pflegeeinrichtungen mit ausschließlich vollstationärer Dauerpflege. Von diesen Bewohnern galten 69,3 Prozent (n = 119.633) im Durchschnitt der Quartale als dement (eingeschränkt alltagskompetent gemäß § 43 SGB XI). Abbildung 4 beschreibt diese Bewohner im Vergleich zu jenen, für die keine eingeschränkte Alltagskompetenz im Abrechnungsdatensatz dokumentiert war. Während sich kaum Unterschiede hinsichtlich Geschlecht und Alter feststellen lassen – rund drei Viertel sind Frauen, rund drei Viertel gelten mit mindestens 80 Jahren als hochbetagt – ergibt sich bei der Schwere der Pflegebedürftigkeit (bis 2017 Einteilung in Pflegestufen) ein anderes Bild. Hier zeigt sich deutlich, dass die Pflegestufe demenziell erkrankter Bewohner im Vergleich zu jenen ohne Demenz höher ist. Rund ein Viertel der demenziell erkrankten Bewohner wies mit der Pflegestufe I eine erhebliche Pflegebedürftigkeit auf, jedoch wiesen 28 Prozent Pflegestufe III (inklusive Härtefälle; schwerste Pflegebedürftigkeit) auf. Um dies zu kontrastieren: Diese Werte beliefen sich in gleicher Reihenfolge bei Bewohnern ohne Demenz auf 62 Prozent und 3 Prozent.



**Abbildung 4: Charakteristika der Bewohner mit Demenz im deskriptiven Vergleich zu Bewohnern ohne Demenz und zur Grundgesamtheit im Durchschnitt der Quartale**



Quelle: AOK-Daten 2015

Anmerkung: Das Merkmal „verstorbene Pflegeheimbewohner“ wurde im Gegensatz zu den anderen als Jahreskennzahl berechnet.

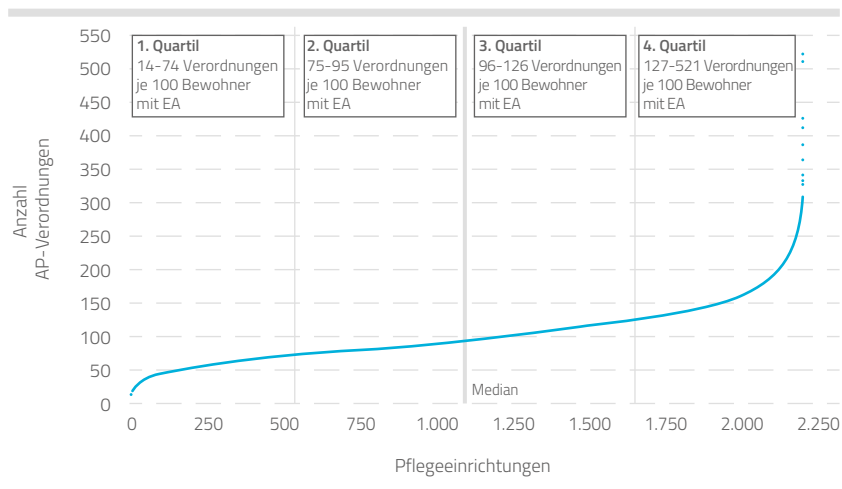
## Antipsychotika bei demenziell Erkrankten als Indikator für die Versorgungsqualität in der stationären Langzeitpflege

Die im Folgenden präsentierten Ergebnisse beziehen sich auf die demenziell Erkrankten der Pflegeeinrichtung, das heißt auf jene Bewohner mit Demenz (EA), die in Einrichtungen mit in jedem Quartal des Jahres 2015 mindestens 30 demenziell Erkrankten versorgt

wurden (finale Studienpopulation, siehe Abschnitt Methodik). Dabei handelt es sich um 83.218 Bewohner in 2.218 deutschen Einrichtungen der stationären Langzeitpflege.

Die Ergebnisse zum Indikator „Verordnungen von Antipsychotika bei demenziell erkrankten Pflegeheimbewohnern“ verweisen vor dem Hintergrund der referierten Leitlinien-Empfehlungen auf zweierlei: Die Anzahl der Verordnungen von Antipsychotika bei demenziell erkrankten Bewohnern ist generell hoch. 40 Prozent der Studienpopulation ( $n = 33.130$ ) erhielten im Jahr 2015 mindestens einen der antipsychotischen Wirkstoffe. Darüber hinaus bescheinigt die Analyse den Pflegeeinrichtungen sehr heterogene Indikatorwerte, wie Abbildung 5 verdeutlicht. Der Einsatz von Antipsychotika bei diesen Menschen schwankt zwischen sehr niedrigen Raten (1. Quartil mit maximal 74 Verordnungen pro 100 Bewohner mit Demenz) bis zum absoluten Maximum von 521 Verordnungen pro 100 demenziell erkrankte Bewohner. Rein rechnerisch erhält in einem Viertel der Einrichtungen (4. Quartil) jeder dritte Bewohner mit Demenz in jedem Quartal eine Antipsychotika-Verordnung, während in einem anderen Viertel (1. Quartil) jeder siebte Bewohner mit Demenz einmal pro Jahr diese Medikation erhält.

**Abbildung 5: Verordnungsrate von Antipsychotika bei Demenz als Indikator zur Versorgungsqualität in der Pflegeeinrichtung**



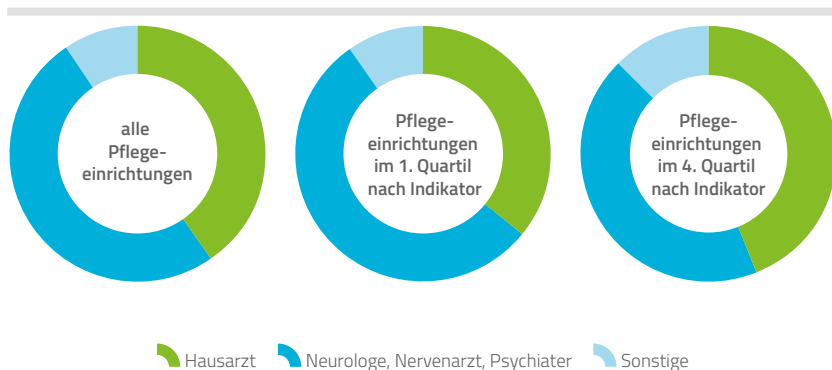
Quelle: AOK-Daten 2015

Um die bewohnerindividuelle Verweildauer in der Einrichtung zu berücksichtigen, wurden in Abbildung 5 für jede Pflegeeinrichtung die Verweiltage aller demenziell Erkrankten für das Jahr 2015 aufsummiert und in Vollzeitäquivalente im Sinne von durchgängig belegten Plätzen (in „Pflegeheimen“) verrechnet (ein Jahr = Vollzeitheimplatz).

## Verordnung von Antipsychotika bei demenziell erkrankten Bewohnern nach Haus- und Facharzt

Bei der Hälfte der stationären Pflegeeinrichtungen gingen die meisten Verordnungen von Antipsychotika auf den behandelnden Neurologen, Nervenarzt oder Psychiater zurück, wie Abbildung 6 zusammenfasst.

**Abbildung 6: Hauptverordner von Antipsychotika bei demenziell erkrankten Bewohnern nach Facharztgruppen**



Quelle: AOK-Daten 2015

Bei rund 41 Prozent der Pflegeeinrichtungen war der hausärztliche Leistungserbringer der sogenannte Hauptverordner, bei weiteren rund neun Prozent waren es sonstige Facharztgruppen. Betrachtet die Analyse jedoch separat die Pflegeeinrichtungen des ersten Quartils, das heißt jene mit den niedrigsten Indikatorwerten und des vierten Quartils, also jene mit den höchsten Werten, wandelt sich dieses Bild. In der Abbildung 6 zeigt sich deutlich, dass Pflegeeinrichtungen mit niedrigen Verordnungsraten von Antipsychotika bei demenziell erkrankten Bewohnern tendenziell häufiger fachärztliche Hauptverordner (54 Prozent der Einrichtungen) verzeichnen.

Bei dem indikatorbezogen auffälligsten Viertel der Pflegeeinrichtungen liegt dieser Anteil rund elf Prozentpunkte niedriger.

Die Pflegeeinrichtungen mit hausärztlichem Hauptverordner (n = 899), jene mit fachärztlichem Hauptverordner Nervenarzt/Neurologe/Psychiater (n = 1.110) und jene mit sonstigen fachärztlichen Hauptverordner (n = 209) unterscheiden sich im Hinblick auf die Indikatorwerte statistisch signifikant ( $p < 0,001$ ; Tabelle 3).

**Tabelle 3: Einsatz von Antipsychotika bei Demenz in der Pflegeeinrichtung: Zusammenhang von Hauptverordner und Verordnungsraten (Indikator)**

Hauptverordner je Pflegeeinrichtung	Pflegeeinrichtung (Anzahl)	Indikatorwert: Anzahl (n) der Antipsychotika-Verordnungen pro 100 demenziell erkrankte Bewohner* im Jahr				
		1. Quartil	2. Quartil	3. Quartil	4. Quartil	Mittelwert (Standardabweichung)
Hausarzt	899	19 – 77	78 – 101	102 – 129	130 – 427	104 (44)
Neurologe / Nervenarzt / Psychiater	1.110	14 – 72	73 – 91	92 – 121	122 – 409	98 (45)
sonstige Fachärzte	209	25 – 74	75 – 107	108 – 143	144 – 521	117 (71)

Quelle: AOK-Daten 2015

Anmerkung: \*Um die bewohnerindividuelle Verweildauer in der Einrichtung zu berücksichtigen, wurden für jede Pflegeeinrichtung die Verweiltage aller demenziell Erkrankten für das Jahr 2015 aufsummiert und in Vollzeitäquivalente im Sinne von durchgängig belegten Plätzen (in „Pflegeheimen“) verrechnet (ein Jahr = Vollzeitheimplatz). Der Kruskal-Wallis-Test bestätigt, dass tatsächlich ein signifikanter Effekt der Arztgruppen auf die Anzahl der Verordnungen von Antipsychotika je 100 Bewohner mit Demenz (EA) im Jahr besteht. Die im Anschluss durchgeführten Post-hoc-Tests (Dunn-Bonferroni-Tests) zeigen, dass sich die Arztgruppen „Hausarzt“ und „Neurologen / Nervenarzt / Psychiater“ ( $p < 0,01$ ) ebenso wie die Gruppen „sonstige Fachärzte“ und „Neurologen / Nervenarzt / Psychiater“ ( $p < 0,05$ ) signifikant voneinander unterscheiden.

Diese Ergebnisse geben erste Hinweise auf die Relevanz der fachärztlichen Versorgung von demenziell erkrankten Pflegebedürftigen. Sie unterstreichen jedoch ebenso die Bedeutung einer Risikoadjustierung, um letztlich sicherzustellen, dass Pflegeeinrichtungen, in denen der Hausarzt als Antipsychotika-Verordner dominiert, nicht wesentlich mehr Bewohner mit persistenter erheblicher Symptomatik versorgte.

## Diskussion, Fazit und Ausblick

Die gesetzliche Qualitätssicherung in der stationären Langzeitpflege wird aktuell auf eine neue Grundlage gestellt – dies war ein erforderlicher Schritt. Der Gesetzgeber hat in mehreren Stufen die Entwicklung von neuen Strukturen und Prozessen für mehr Transparenz über die Versorgung in der Pflegeeinrichtung initiiert. Zu begrüßen ist die wissenschaftliche Fundierung der neuen Instrumente und Methoden. Das wesentliche Novum der neugestalteten Qualitätssicherung ist, dass erstmals Endpunkte der Versorgungsqualität aufgezeigt werden und diese im Vergleich zu den anderen stationären Pflegeeinrichtungen bewertet wird. Für die Verbraucher und ebenso für das interne Qualitätsmanagement der Einrichtungen kann dies ein sehr wertvolles Informationsangebot sein. Die parallel zu diesen Prozessen weiterhin stattfindenden und nun wesentlich beratungsorientierteren Prüfungen und die stichprobenartigen Kontrollen der indikatorbezogenen Einrichtungsdokumentationen durch den MDK oder die für die PKV zuständige Instanz stellt das Vertrauen in das neue System sicher.

Gleichwohl bestehen methodische Schwächen. Zuvorderst die Tatsache, dass die gewählte Risikoadjustierung der Indikatoren der multifaktoriellen Genese von Qualität nur unzureichend Rechnung trägt. Mit Blick auf die Aufbereitung der MDK-Prüfergebnisse ist ferner die Frage der Zusammenfassung beziehungsweise die Verständlichkeit der MDK-Bewertung, wenn diese gleichwertig neben den Indikatoren erscheint, kritisch zu hinterfragen.

Das neue System besitzt darüber hinaus einen weiteren ganz grundlegenden Schwachpunkt: Es geht immer und allein um die Qualität von Versorgungsergebnissen, die den SGB-XI-Leistungserbringern zuschreibbar sind und nicht um eine sozialleistungsträgerübergreifende Perspektive. Die Vielfalt und die Vielzahl dieser Versorgungsprozesse in der Pflegeeinrichtung bilden das neue System weder in den Qualitätsprüfungen noch über die Indikatoren ab. Diese Schnittstellen der Versorgung sind jedoch nicht Ausnahme, sondern immanenter und ganz logischer Bestandteil des Alltags, bei dem medizinische und pflegerische Akteure bestenfalls koordiniert und kooperativ zum Wohle des Pflegebedürftigen und vor dem Hintergrund evidenzbasierten Wissens zusammenwirken.

Der Beitrag hat ganz deutlich gezeigt, dass Indikatoren zu berufsgruppenübergreifenden Prozessen der Versorgung durchaus methodisch machbar und relevant sind. Beim Einsatz von Antipsychotika bei demenziell erkrankten Bewohnern handelt es sich um einen relevanten Versorgungsaspekt. Vor dem Hintergrund der referierten Leitlinien der DGPPN und DGN sind in allen der rund 2.200 Einrichtungen der empirischen Analyse die Verordnungsraten durchgängig zu hoch. Zum zweiten variieren die Raten über die Pflegeeinrichtungen hinweg.

Die Differenzierung der Verordnungsraten nach hauptverordnender Facharztgruppe gibt erste Hinweise auf die Relevanz der ärztlichen Versorgung. In der Hälfte aller untersuchten Einrichtungen dominiert der Hausarzt die Verordnungen. Verschreibt der Neurologe die Antipsychotika, so finden sich tendenziell niedrigere Verordnungsraten als bei einem Hausarzt als Hauptverordner in der Pflegeeinrichtung. Der abschließende Vergleich der Einrichtungsleistung wie auch die Differenzierung nach Verordnungsgeber bedarf im nächsten Schritt einer Risikoadjustierung, um die unterschiedliche, nicht durch die Leistungserbringer modifizierbare Ausgangslage bei der Betrachtung zu berücksichtigen. Es handelt sich hierbei in der Regel um bewohnerbezogene Merkmale. Im vorliegenden Fall wären insbesondere Erkrankungen zu berücksichtigen, die der demenziell erkrankte Bewohner zusätzlich aufweist und die als Indikationen (psychische und Verhaltenssymptome) für den Antipsychotika-Einsatz gelten. Indikatorgestützte Qualitätssicherungssysteme in angelsächsischen Ländern wie Kanada erfassen demzufolge den Antipsychotika-Verbrauch in Pflegeeinrichtungen unter Ausschluss der Bewohner von Einrichtungen mit dokumentierten Psychosen und/oder Schizophrenien (CIHI 2013; HQO 2015) und bieten damit wichtige Ansatzpunkte für die methodische Weiterentwicklung des vorgestellten Indikators.

Das Beispiel Antipsychotikaverordnung verdeutlicht das hohe Optimierungspotenzial der Versorgung von rund 70 Prozent der Bewohnerschaft in Pflegeeinrichtungen. Zu beachten ist, dass weder sektoren- noch berufsgruppenübergreifende Versorgungsprozesse bisher Eingang in das Qualitätsmonitoring der stationären Langzeitpflege in Deutschland gefunden haben. Zudem fokussiert kein einziger Indikator im gesetzlichen, novellierten Verfahren speziell die demenziell Erkrankten. Dies sollte als Aufgabe in die

Agenda der gesetzlichen Weiterentwicklung auf- und konstruktiv angenommen werden. Damit können routinedatenbasierte Indikatoren eine sinnvolle Ergänzung zum neuen System der gesetzlichen Qualitätsmessung bilden und langfristig für mehr Transparenz auf Verbraucherseite beitragen. Dabei schaffen Indikatoren bewusst Aufmerksamkeit für kritische Versorgungsergebnisse, verweisen auf potenziell defizitäre Prozesse und unterstreichen damit den Optimierungsbedarf. Sie lokalisieren jedoch weder bei einem sektorimmanenten noch -übergreifenden Herangehen die Ursachen. Vielmehr sind sie Screening-Tools (Brown et al. 2014) und das ist ihre Stärke.

## Literatur

- Balzer, K., Butz, S., Bentzel, J., Boulkhemair, D. und Lühmann, D. (2013): Beschreibung und Bewertung der fachärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland. Schriftenreihe Health Technology Assessment 125:1–320. doi:10.3205/hta000108L.
- Bergner, S. (2016): Psychopharmaka Verschreibungsmuster und unerwünschte Wirkung bei Älteren. Dissertationsarbeit in Vorbereitung. Universität Bonn. Online unter: [www.amts-ampel.de](http://www.amts-ampel.de) (Download am 20. November 2016).
- Bonato, M. (2011): Qualitätsbericht statt „Pflege-TÜV“: Konzept zur Messung und Darstellung der Pflegequalität auf wissenschaftlicher Basis – Abschlussbericht der Bonato-Kommission. Online unter: <https://paritaet-alsopfleg.de/index.php/downloadsnew/pflegerische-versorgung/qualitaetsentwicklung/3177-abschlussbericht-bonato-kommission-gesamt-pflegequalitaet-auf-wissenschaftlicher-basis/file> (Download am 1. September 2018).
- Brown, S.E.S., Ratcliffe, S.J. und Halpern, S.D. (2014): An empirical comparison of key statistical attributes among potential ICU quality indicators. In: Crit Care Med 42. S. 1821–1831.
- CIHI (2013): When a Nursing Home is Home: How Do Canadian Nursing Homes Measure Up on Quality? Canadian institute of health information (CIHI), Ottawa, Ontario/Ca.
- CMS (2018): Design for Nursing Home Compare Five-Star Quality Rating System: Technical Users' Guide. Online unter: <https://www.cms.gov/Medicare/Provider-Enrollment-and-Certification/CertificationandComplianc/Downloads/usersguide.pdf> (Download am 11. Februar 2019).
- DGPPN und DGN (2016): S3-Leitlinie „Demenzen“ – Langversion – Januar 2016. Online unter: [https://www.dgppn.de/\\_Resources/Persistent/ade50e44afc7eb8024-e7f65ed3f44e995583c3a0/S3-LL-Demenzen-240116.pdf](https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/ade50e44afc7eb8024-e7f65ed3f44e995583c3a0/S3-LL-Demenzen-240116.pdf) (Download am 22. Januar 2018).
- GKV-SV (2010): Richtlinie zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und zur Bewertung des Hilfebedarfs vom 22.03.2002, geändert durch Beschlüsse vom 11. Mai 2006 und 10. Juni 2008. Online unter: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien\\_\\_vereinbarungen\\_\\_formulare/richtlinien\\_zur\\_pflegerberatung\\_und\\_pflegebeduerftigkeit/Anpassung\\_Richtlinie\\_PEA-Verfahren\\_2010.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien__vereinbarungen__formulare/richtlinien_zur_pflegerberatung_und_pflegebeduerftigkeit/Anpassung_Richtlinie_PEA-Verfahren_2010.pdf) (Download am 12. Februar 2018).



- Greene, J., Hibbard, J.H. und Sacks, R.M. (2016): Summarized costs, placement of quality stars and other online displays can help consumers select high-value health plans. In: Health Aff. S. 671–679.
- Hasseler, M., Stemmer, R., Maccenaere, M., Arnold, J. und Weidekamp-Maicher, M. (2016): Entwicklung eines wissenschaftlich basierten Qualitätsverständnisses für die Pflege- und Lebensqualität. Abschlussbericht. Online unter: [https://www.gkv-spitzenverband.de/mwg-internal/de5fs23hu73g7/progress?id=Vu9ZwuSY4iHzGk-RN-vy83n\\_jWqCBWUolaOVcyk4Yrf8,&dl](https://www.gkv-spitzenverband.de/mwg-internal/de5fs23hu73g7/progress?id=Vu9ZwuSY4iHzGk-RN-vy83n_jWqCBWUolaOVcyk4Yrf8,&dl) (Download am 2. Januar 2018).
- Hasseler, M. und Wolf-Ostermann, K. (2010): Wissenschaftliche Evaluation zur Beurteilung der Pflege-Transparenzvereinbarungen für den ambulanten (PTVA) und stationären (PTVS) Bereich. Online unter: <https://www.gkv-spitzenverband.de/mwg-internal/de5fs23hu73g7/progress?id=jzURmZKOSsHTowXyIn-2cAWxZx-Amdb9gkPy6r-3ZoWU,&dl> (Download am 19. Oktober 2016).
- HQO (2015): LTC Indicator Review Report: The review and selection of indicators for long-term care public reporting. Online unter: <https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/system-performance/ltc-indicator-review-report-november-2015.pdf> (Download am 12. Februar 2019).
- Jaehde, U. und Thürmann, P. (2018): Medication safety for nursing home residents. [Article in German]. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 61:1111-1118. Online unter: doi:10.1007/s00103-018-2796-x.
- Kirkham, J., Velkers, C., Maxwell, C., Gill, S., Rochon, P. und Seitz, D. (2017): Antipsychotic Use in Dementia: Is There a Problem and Are There Solutions? In: The Canadian Journal of Psychiatry 62. S. 170–181. Online unter: doi:10.1177/0706743716673321.
- Kumpunen, S., Trigg, L. und Holder, J. (2019): Helping older people to use quality information to choose residential care. In: Journal of Long-Term Care. S. 87–98.
- Kumpunen, S., Trigg, L. und Rodrigues, R. (2014): Public reporting in health and long-term care to facilitate provider choice. Online unter: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/263540/Public-reporting-in-health-and-long-term-care-to-facilitate-provider-choice-Eng.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/263540/Public-reporting-in-health-and-long-term-care-to-facilitate-provider-choice-Eng.pdf) (Download am 26. Juni 2018).
- Mauleon, dA. et al. (2014): Associated Factors with antipsychotic use in Long-Term Institutional Care in eight European Countries: results from the RightTimePlaceCare Study. In: JAMDA 15. S. 812-818. Online unter: doi:10.1016/j.jamda.2014.06.015.

- MDS (2018): Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. 5. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB XI. Online unter: <https://www.mds-ev.de/richtlinien-publikationen/pflegeversicherung/mds-pflege-qualitaetsberichte.html> (Download am 5. März 2018).
- Molter-Bock, E., Hasford, J. und Pfundstein, T. (2006): Psychopharmakologische Behandlungspraxis in Münchener Altenpflegeheimen. In: *Z Gerontol Geriat* 39. S. 336–343.
- Ramroth, H. S-LN, König, H.H. und Brenner H. (2006): Hospitalizations during the last months of life of nursing home residents: a retrospective cohort study from Germany. In: *BMC Health Serv Res* 6. Online unter: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-1186-1170>.
- Richter, T., Mann, E., Meyer, G., Haastert, B. und Kopke, S. (2012): Prevalence of psychotropic medication use among German and Austrian nursing home residents: a comparison of 3 cohorts. In: *Journal of the American Medical Directors Association* 13:187.e187-187.e113. Online unter: doi:10.1016/j.jamda.2011.03.007.
- Rothgang, H. (2018): Qualitätssicherung in der Pflege durch Pflegenoten? Präsentiert auf der Konferenz: Barmer Versorgungskongress. Berlin, 27. September 2018. Online unter: <https://www.barmer.de/ueberuns/barmer/versorgungsforschung/versorgungskongress/versorgungsforschungskongress-2018-166034> (Download am 1. Juli 2019).
- Rothgang, H., Iwansky, S., Müller, R., Sauer, S. und Unger, R. (2010): Barmer GEK Pflege-report 2010: Schwerpunktthema Demenz und Pflege. St. Augustin.
- Rothgang, H., Müller, R., Mundhenk, R. und Unger, R. (2014): BARMER GEK Pflegereport 2014: Schwerpunkt: Zahnärztliche Versorgung Pflegebedürftiger. St. Augustin.
- Savaskan, E., Bopp-Kistler, I. und Buerge, M. (2014): Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der behavioralen und psychologischen Symptome der Demenz (BPSD). In: *Praxis* 103. S. 135–148.
- Schäufele, M., Köhler, L., Hedlmeier, I., Hoell, A. und Weyerer, S. (2013): Prevalence of Dementia and Medical Care in German Nursing Homes: a Nationally Representative Survey. In: *Psychiat Prax* 40. S. 200–206. Online unter: doi: 10.1055/s-0033-1343141.

- Schwinger, A. und Behrendt, S. (2019): Neuer Maßstab für die Pflegequalität. In: *Gesundheit und Gesellschaft* 22. S. 31–35.
- Schwinger, A. und Behrendt, S. (2018): Reform der Qualitätsprüfung und -darstellung im Pflegeheim: Stand der Umsetzung und offene Fragen. In: *GGW* 18. S. 23–30.
- Schwinger, A., Behrendt, S., Tsiasioti, C., Stieglitz, K., Breitkreuz, T., Grobe, T. und Klauber, J. (2018): Qualitätsmessung mit Routinedaten in deutschen Pflegeheimen: Eine erste Standortbestimmung. In: Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J. und Schwinger, A. (Hrsg): *Pflegereport 2018 – Schwerpunkt: Qualität in der Pflege*. Berlin Heidelberg. S 97–125.
- Schwinger, A., Jürchott, K. und Tsiasioti, C. (2017a): Pflegebedürftigkeit in Deutschland. In: Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J. und Schwinger, A. (Hrsg): *Pflegereport 2017 – Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen*. Stuttgart.
- Schwinger, A., Tsiasioti, C. und Klauber, J. (2017b): Herausforderndes Verhalten bei Demenz: Die Sicht der Pflege. In: Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J. und Schwinger, A. (Hrsg): *Pflegereport 2017 – Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen*. Stuttgart.
- Schwinger, A., Jürchott, K., Tsiasioti, C. und Rehbein, I. (2016): Pflegebedürftigkeit in Deutschland. In: Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J. und Schwinger, A. (Hrsg): *Pflegereport 2016 – Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus*. Stuttgart. S. 275–328.
- Stemmer, R. und Arnold, J. (2014): Expertise zur „Eignung von Indikatoren zur Messung und Darstellung von Ergebnisqualität in der stationären Pflege im Bereich der sozialen Pflegeversicherung“. Online unter: [https://www.ikj-mainz.de/tl\\_files/Downloads/Publikationen/Expertise%20Ergebnisqualitaetsindikatoren%20stationaere%20Pflege\\_Stemmer%20&%20Arnold\\_2014.pdf](https://www.ikj-mainz.de/tl_files/Downloads/Publikationen/Expertise%20Ergebnisqualitaetsindikatoren%20stationaere%20Pflege_Stemmer%20&%20Arnold_2014.pdf) (Download am 2. Januar 2018).
- UBC (2017): Abschlussbericht zum Forschungsprojekt Modellhafte Pilotierung von Indikatoren in der stationären Pflege (MoPIP). Online unter: <https://www.gkv-spitzenverband.de/mwg-internal/de5fs23hu73g7/progress?id=TK42E98TvcEdV7cFjeP9Ef9UBrm5M9E-WkaQRra760Q,&dl> (Download am 2. Januar 2018).
- Wiese, C., Ittner, K. und Lassen, C. (2016): Weniger ist oft mehr. Palliativer Notfall bei geriatrischen Patienten. In: *MMW Fortschritte der Medizin* 158. S. 82–86.

- Wingenfeld, K., Kleina, T., Franz, S., Engels, D., Mehlan, S. und Engel, H. (2011): Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe. Abschlussbericht. Online unter: <https://www.bmfsfj.de/blob/93206/2dda7f65c418478da3260d2f7996daa2/abschlussbericht-stationaere-altenhilfe-data.pdf>. (Download am 2. Februar 2018).
- Wingenfeld, K., Stegbauer, C., Willms, G., Voigt, C. und Woitzik, R. (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. Online unter: [https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2018/10/20180903\\_Entwicklungsauftrag\\_stationaer%CC%88r\\_Abschlussbericht.pdf](https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2018/10/20180903_Entwicklungsauftrag_stationaer%CC%88r_Abschlussbericht.pdf) (Download am 30. Juli 2019).

