Qualitätssicherung in der Pflege durch Pflegenoten?

„Bewertung im Gesundheitswesen – Fluch oder Segen?“

BARMER Versorgungskongress

am 27.09.2018 in Berlin

Prof. Dr. Heinz Rothgang
SOCIUM – Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik
Universität Bremen

socium
Forschungszentrum
Ungleichheit und Sozialpolitik

Health
Sciences
Bremen

Universität Bremen

Inhalt

I. Vorbemerkung

II. Ansätze zur Qualitätssicherung und -verbesserung in der Langzeitpflege

III. Pflegenoten

IV. Expertenstandards

V. Aktuelle Entwicklungen

VI. Fazit

I. Vorbemerkung: Entwicklung des Qualitätsthemas im SGB XI

- Bei Einführung Pflegeversicherung gilt Qualitätssicherung bei der Pflege alter und behinderter Menschen als „ein verschwiegenes sozialpolitisches Problem“ (Igl 1993: 31).

- Ursprüngliche Regelung in Pflegeversicherung: Auftrag an Selbstverwaltung „gemeinsam und einheitlich Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung der ambulanten und stationären Pflege sowie für das Verfahren zur Durchführung von Qualitätsprüfungen“ zu vereinbaren“ (§ 80 SGB XI)

- Inzwischen: Kapitel XI des SGB XI zum Thema „Qualitätssicherung und Sonstige Regelungen zum Schutz der Pflegebedürftigen“ umfasst 14 Paragraphen.

II. Ansätze zur Qualitätssicherung und -entwicklung

Drei grundsätzliche Ansätze:

1. Externe Qualitätskontrolle
2. Internes Qualitätsmanagement
3. Qualitätswettbewerb

II.1 Externe Qualitätskontrolle

- Ziel: Qualitäts*sicherung* durch Überprüfung von Standards und Sanktionierung von Nicht-Einhaltung
- Klassisch: Strukturqualität (Heimmindestbauverordnung, Heimmindestpersonalverordnung)
- Aktuell:
  - Prüfung durch Heimaufsicht; Kontrolle und Beratung durch MDK
  - Berücksichtigung auch von Prozess- und Ergebnisqualität
- Bewertung
  - Stärke: Mindeststandards zur Verhinderung gefährlicher Pflege
  - Schwächen:
    - Überprüfung von Standards setzt deren Existenz voraus
    - positive Qualitätsentwicklung wird nicht initiiert

II.2 Internes Qualitätsmanagement

- Ziel: Qualitäts*verbesserung*
- Methode:
  - Definition von Abläufen und Überprüfung deren Einhaltung
  - Vergleich mit anderen über benchmarks ← Indikatoren
- Mögliche Anreize für Qualitätsmanagement
  - Pay-for-Performance: Im Krankenhaus (KHSG), aber (noch) nicht in der Langzeitpflege
  - Veröffentlichung von Ergebnisse → Qualitätswettbewerb
- Bewertung
  - Stärke: notwendige Ergänzung der Qualitätskontrollen in Bezug auf Qualitätsverbesserung
  - Schwäche: Ist von außen nur bedingt (z.B. verpflichtende Einführung einer/s Qualitätsmanager/in) zu beeinflussen.

II.3 Qualitätswettbewerb

- Ziel: Permanente Qualitäts*verbesserung*
- Methode:
  - Prüfergebnisse werden veröffentlicht ← Indikatoren
  - Nutzer orientieren sich an den Ergebnissen und wählen „bessere“ Einrichtungen
  - „Schlechtere“ Einrichtungen müssen nachziehen
- Voraussetzungen
  - Diskriminierung der Einrichtungen nach Noten ← keine „Einheitsnoten“
  - Allgemeinverständliche Darstellungen
  - Indikatoren bilden Qualität ab
- Bewertung
  - Permanenter Prozess wird in Gang gesetzt, Einbeziehung der Nutzer
  - Veröffentlichung der Noten entwertet Indikatoren für internen Gebrauch.

III. Pflegenoten

- Eingeführt im PfWG 2008
  - Höhere Prüffrequenz: jährlich
  - Veröffentlichung der Ergebnisse
- Ziele
  - Information für Verbraucher zur Wahl der Einrichtung
  - kontinuierliche Qualitätsverbesserungen durch Wettbewerb unter Einbeziehung der Nutzer in Prozesse der Qualitätsverbesserung
- Instrument: Transparenzvereinbarung zwischen Kostenträgern und Pflegeanbietern von 2008, novelliert 2015 (stationär) bzw. 2016 (ambulant)
- Veröffentlichung in Form von „Schulnoten“

III. Pflegenoten

	Prüfbereich	Prüfkriterien	Gesamt	Ursprüngliche Fassung	nach Novellierung	
Ambulant	(1) Pflegerische Leistungen (Grundpflege)	17			17	
	(2) Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen (Behandlungspflege)	10			8	
	(3) Dienstleistung und Organisation (Organisation)	10			9	
	(4) Befragung der Kunden (Befragung)	12	**49**		12	**46**
Stationär	(1) Pflege und medizinische Versorgung (Pflege)	35			32	
	(2) Umgang mit demenzkranken Bewohnern (Demenz)	10			9	
	(3) Soziale Betreuung und Alltagsgestaltung (Betreuung)	10			9	
	(4) Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene (Wohnen)	9			9	
	(5) Befragung der Bewohner (Befragung)	18	**82**		18	**77**

Quelle: Sünderkamp/Weiß Rothgang 2014

Kritik

- Zu geringe Gewichtung der zentralen Kriterien: Z.B. großgedruckte Speisekarte gleicht schweren Pflegemangel aus

III. Pflegenoten: Zusammenhang zwischen Bereichsnoten

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

	Grundpflege	Behandlungs-pflege	Organisation	Gesamt
Grundpflege	1			
Behandlungs-pflege	0,347	1		
Organisation	0,370	0,213	1	
Gesamt	0,849	0,542	0,703	1

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

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

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

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

- Bereichsnoten sind alle positiv korreliert
- Aber: Korrelation ist teilweise schwach

Quelle: Sünderkamp/Weiß Rothgang 2014

Kritik

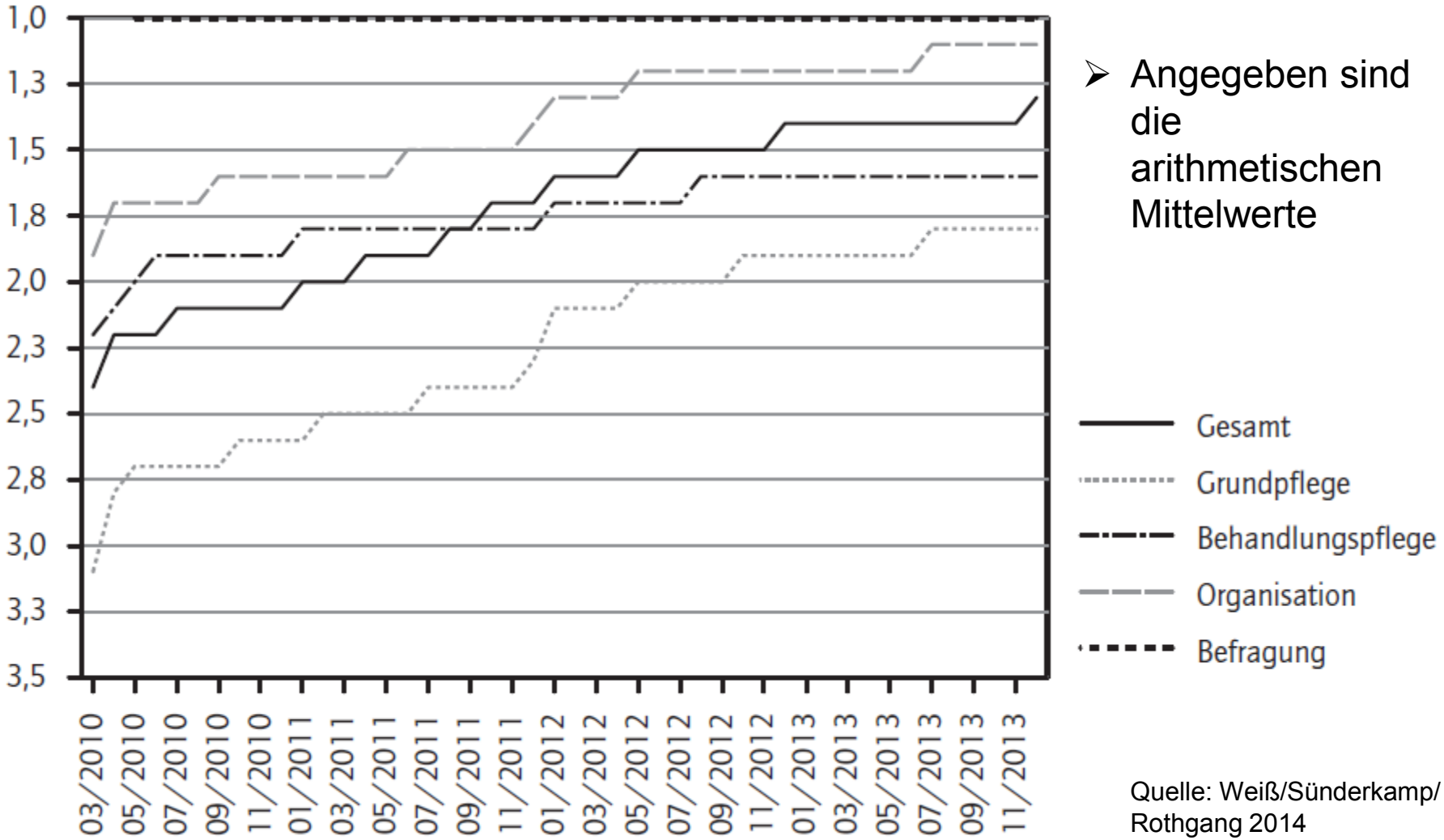
- Zu geringe Gewichtung der zentralen Kriterien
- „Noteninflation“
  - Keine Diskrimination zwischen Einrichtungen
  - Wettbewerbsprozess kommt zum Erliegen

III. Pflegenoten: Noteninflation

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

Quelle: Sünderkamp/Weiß
Rothgang 2014

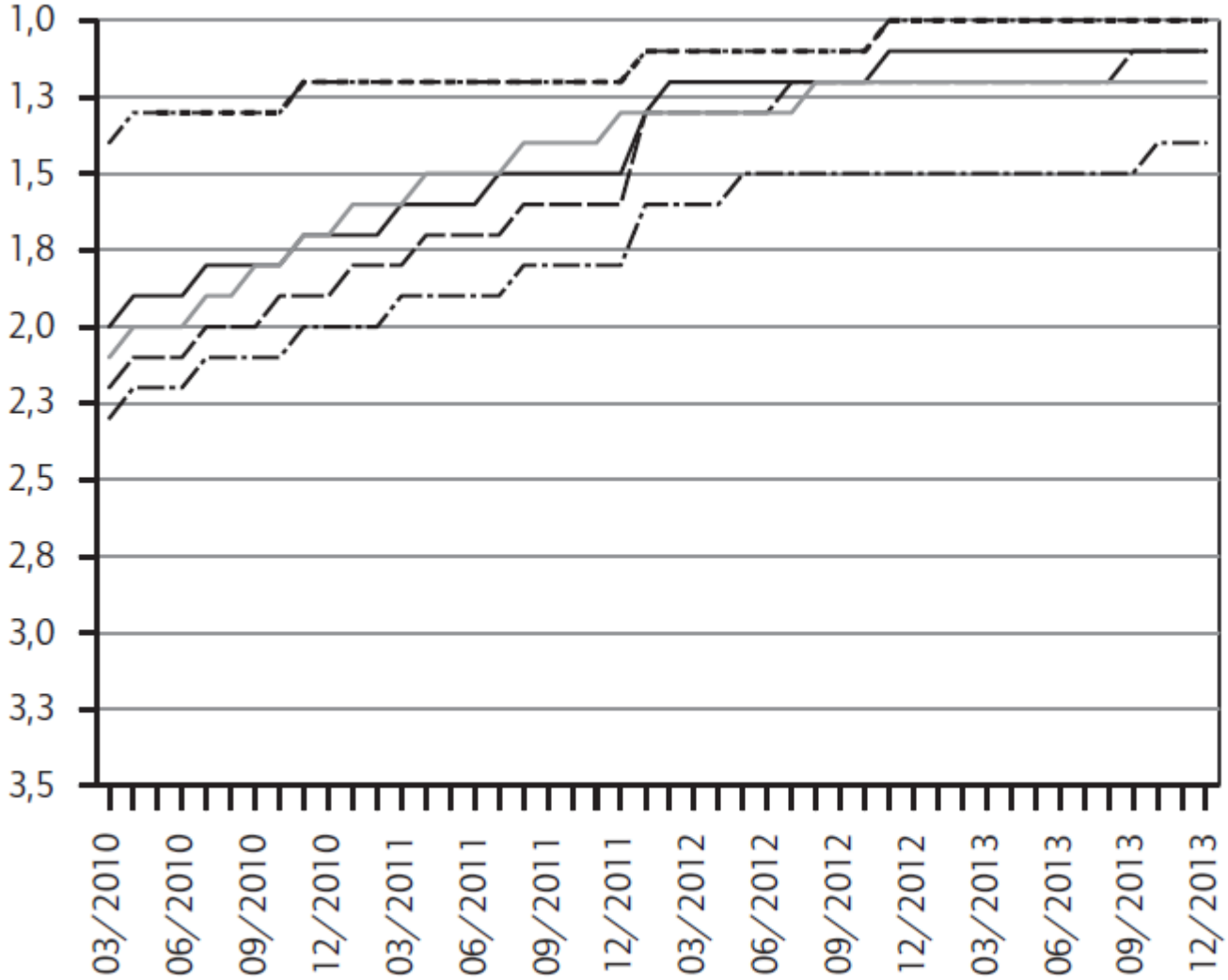
III. Entwicklung der Pflegenoten: ambulanter Bereich



- Angegeben sind die arithmetischen Mittelwerte

Quelle: Weiß/Sünderkamp/ Rothgang 2014

III. Entwicklung der Pflegenoten: stationärer Bereich



- Angegeben sind die arithmetischen Mittelwerte

Gesamt
Pflege
Demenz
Betreuung
Wohnen
Befragung

Quelle: Weiß/Sünderkamp/ Rothgang 2014

Kritik

- Zu geringe Gewichtung der zentralen Kriterien: „Speisekarte“
- „Noteninflation“
  - Keine Diskrimination zwischen Einrichtungen
  - Wettbewerbsprozess kommt zum Erliegen
- Stichprobe: Viele Kriterien werden nicht geprüft

III. Häufigste unbewertete Prüfkriterien im ambulanter Bereich

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

Quelle: Sünderkamp/Weiß
Rothgang 2014

III. Pflegenoten

Kritik

- Zu geringe Gewichtung der zentralen Kriterien
- „Noteninflation“
- Stichprobe: Viele Kriterien werden nicht geprüft
- Wissenschaftliche Gütekriterien für Prüfkriterien (Objektivität, Validität, Reliabilität) fehlen
- Bewertung erfolgt überwiegend auf Basis der Dokumentation
- Zu wenig Ergebnisindikatoren

➢ Es besteht Einigkeit die Pflegenoten wieder abzuschaffen

IV. Expertenstandards

- Seit der Jahrhundertwende: Entwicklung von bislang insgesamt acht Expertenstandards durch das DNQP, die auf Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität abzielen.
- Seit dem PfWG 2008: Selbstverwaltung hat Expertenstandards zu entwickeln (§ 113a SGB XI)
- Grundsätzliche Kritik
  - niedriger Evidenzgrad (Expertenkonsens)
  - idR keine Wirksamkeitsnachweise.
- In neuer Verfahrensordnung: Evidenzbasierte Entwicklung ist vorgeschrieben.

IV. Expertenstandards

- Erster Expertenstandard nach neuer Verfahrensordnung: Expertenstandard „Mobilität“
- Modellhafte Pilotierung in ExMo-Projekt, das u.a. eine Überprüfung der Wirksamkeit des Expertenstandards in cluster-RCT vorgesehen hat
- Ergebnis: Standard ist praktikabel und unaufwändig, Wirksamkeitsnachweis gelingt nicht
- Vertragspartner: Wirksamkeit kann aber auch nicht ausgeschlossen werden → Freiwillige Einführung
- Deutlich werdendes Problem: Verfahrensordnung sieht Pilotierung und Einführung vor, selbst wenn Evidenzrecherche keine belastbaren Empfehlungen ergibt
- Anpassungsbedarf: Haltepunkt nach Evidenzrecherche

Aktuelle Entwicklungen

- Laufende Forschungsprojekte zu Qualitätsindikatoren im stationären und ambulanten Sektor sowie für neue Wohnformen; Personalbemessungsverfahren
- Vorschlag Qualitätsberichterstattung stationär:
  - 10 Ergebnisqualitätsindikatoren mit Pflegerelevanz

V. Ergebnisindikatoren und Prüfverfahren

Vorgeschlagene Ergebnisindikatoren für den stationären Sektor

1. Erhaltene Mobilität
2. Erhaltene Selbstständigkeit bei Alltagsverrichtungen
3. Erhaltene Selbständigkeit bei der Gestaltung des Lebensalltags
4. Dekubitusentstehung
5. Schwerwiegende Sturzfolgen
6. Unbeabsichtigter Gewichtsverlust
7. Durchführung eines Integrationsgesprächs
8. Anwendung von Gurten
9. Anwendung von Bettseitenteilen
10. Aktualität der Schmerzeinschätzung

Aktuelle Entwicklungen

- Laufende Forschungsprojekte zu Qualitätsindikatoren im stationären und ambulanten Sektor sowie für neue Wohnformen; Personalbemessungsverfahren
- Vorschlag Qualitätsberichterstattung stationär:
  - 10 Ergebnisqualitätsindikatoren mit Pflegerelevanz
  - Bewertung nach Quintilen → Noteninflation ist nicht möglich
  - Problematik fehlender Werte in der Stichprobe bleibt
- Vorschlag Prüfverfahren:
  - Geringere Rolle der Dokumentation, stärkere Rolle des Fachgesprächs
  - Bewertungsmaßstab: Entstehen Nachteile für Pflegebedürftige?
  - Differenzierte Bewertung durch andere Bewertungssystematik

VI. Fazit (I)

- Um guten Qualität sicherzustellen, müssen Qualitäts-kontrolle, -entwicklung und -wettbewerb zusammenwirken.
- Alle Ansätze benötigen Instrumente zur Qualitätsmessung und -bewertung.
- Dabei sollte auf Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität abgestellt werden
- Veröffentlichte Indikatoren führen zur Optimierung in Bezug auf die Indikatoren, nicht zwingend bezüglich der Qualität. Manche Indikatoren sollten nicht veröffentlicht werden
- Pflegenoten und das zugehörige Bewertungsinstrumen-tarium haben sich nicht bewährt. Pflegenoten werden zurecht abgeschafft.

VI. Fazit (II)

- Entwicklung von Qualitätsmaßen erfolgt im Pflegebereich in Form von – nicht aufeinander abgestimmten – Projekten. Das ist weder gut durchdacht, noch nachhaltig.
- Im GKV-Bereich sind entsprechende Aufgaben institutionalisiert, im G-BA als Spitzengremium der gemeinsamen Selbstverwaltung und unabhängigen wissenschaftlichen Instituten (IQWiG, IQTiG, INEK).
- Eine entsprechende Institutionalisierung des Qualitätsausschusses und Gründung eines wissenschaftlichen Instituts sind erwägenswert.

Schluss

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!