

Qualitätssicherung im Pflegeheim: Welche Lösungen aus dem Krankenhaus lassen sich ableiten?

von Antje Schwinger¹ und Silvia Klein²

ABSTRACT

Die Qualitätssicherung (QS) in der stationären Langzeitpflege weist im Vergleich zur externen QS im Krankenhaus Unterschiede auf. Während Erstere auf Erhebungen des Medizinischen Dienstes und Dokumentation durch die Pflegeheime zurückgreift, werden in Letzterer Fall- und Einrichtungsdokumentation, Sozialdaten und perspektivisch Patientenbefragungen eingesetzt. Beide Systeme nutzen zudem unterschiedliche Ansätze der Bewertung. Problematisiert werden insbesondere die differenzierenden Referenzbereiche für die Prüfung durch den Medizinischen Dienst und deren Verwendung für die externe Berichterstattung. Beide Systeme stehen bei der erwünschten sektorenübergreifenden Perspektive vor der gleichen Herausforderung. Eine Reduktion auf zuschreibbare (pflegesensitive) Indikatoren bietet hier keine befriedigende Lösung, die Nutzung von Sozialdaten kann die Handlungsmöglichkeiten erweitern.

Schlüsselwörter: Pflegequalität, datengestützte Qualitätssicherung, Qualitätsindikatoren, sozialgesetzübergreifende Qualitätssicherung, sektorenübergreifende Qualitätssicherung

Quality assurance differs greatly between nursing care homes and hospitals. In nursing homes quality assurance is based on data collected by the Medizinischer Dienst and by the homes themselves, whereas hospitals are assessed using case and structural documentation, claims data (health insurance funds) and prospectively patient surveys. Both systems also vary in their approaches to quality evaluation. The authors discuss critically the reference ranges of the Medizinischer Dienst survey and their use for quality reporting. Both systems, however, face the same challenges when it comes to measuring quality and more than one provider is involved. The authors argue, that using only care-sensitive indicators offers no satisfying solution, using claims data, however, may expand options for action.

Keywords: long-term care quality, data-based quality assurance, quality indicators, quality control across the social law, cross-sectoral quality assurance

1 Einleitung

Die rund 700.000 gesetzlich versicherten Bewohnerinnen und Bewohner von vollstationären Pflegeeinrichtungen sind in der Regel hochbetagt, multimorbid und als besonders vulnerabel einzustufen. Neben Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit weisen zwei Drittel kognitive und kommunikative Defizite auf (vergleiche zum Beispiel Schwinger et al. 2018). Hinzu kommt ein Verlust an Autonomie durch die Aufgabe des eigenen Haushalts. Für deutsche Pflegeeinrichtungen sind sowohl eine Fehlversorgung bei pflegenahen Aspekten (MDS 2020) als auch vielfältige Probleme an den pflegerisch-ärztlichen Schnittstellen dokumentiert (Schwinger et al. 2018).

Sie unterstreichen die Notwendigkeit von und das Potenzial für Qualitätsverbesserungen. Während Qualitätsmessung, Benchmarking zwischen Leistungserbringern und Qualitätsreporting von Krankenhausleistungen national wie international viel diskutierte Themen sind (zum Beispiel Beaussier 2020), werden diese Erkenntnisse beziehungsweise Erfahrungen bei der Weiterentwicklung der Qualitätssicherung (QS) in der Alten- und Langzeitpflege in Deutschland nicht aufgegriffen. Im vorliegenden Beitrag wird ein Vergleich der datengestützten QS in Krankenhaus und Pflegeheim vorgenommen, um dadurch mögliche Verbesserungen für die QS in der Pflege abzuleiten. Aufgegriffen werden die jeweils gestaltenden Institutionen, die Datengrundlagen,

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

² Dr. rer. medic. Silvia Klein, Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) · Katharina-Heinroth-Ufer 1 · 10787 Berlin · Telefon: 030 585826526 · E-Mail: silvia.klein@iqtig.org

die Bewertungen, die Konsequenzen und der Sektorenbezug.

Nachdem in den 1970er-Jahren die QS im Krankenhaus mit dem Perinatalregister und sich anschließenden freiwilligen regionalen Qualitätsinitiativen ihren Anfang nahm, stand die gesetzliche datengestützte QS von Krankenhäusern in Zusammenhang mit der Einführung des Fallpauschalen-Systems (Diagnosis Related Groups, kurz: DRG). 2016 wurde die datengestützte QS im Krankenhaus vor dem Hintergrund einer vielfach geforderten qualitätsgeleiteten Steuerung der Kliniklandschaft mit Vorgaben zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren weiter geschärft. Bei den Maßnahmen der gesetzlichen QS im Pflegeheim sind Vor-Ort-Prüfungen durch den Medizinischen Dienst (MD) fester Bestandteil. Mit dem 2008 eingeführten Pflege-TÜV – als Reaktion auf kritische mediale Berichterstattung in Pflegeheimen – wurden die Ergebnisse der MD-Prüfungen mit dem Ziel der Verbrauchertransparenz auch für die vergleichende Qualitätsberichterstattung genutzt. Die Kritik am Pflege-TÜV mündete schließlich in der Neuausrichtung der QS durch das Pflegestärkungsgesetz II (PSG II) im Jahr 2016 (Büscher et al. 2018). Ergänzend zu den MD-Prüfungen und deren Veröffentlichung wurde 2019 die QS erstmals um Indikatoren erweitert. Die QS im Krankenhaus und Pflegeheim folgen somit eigenen Entwicklungslinien; auch ihre Ziele sowie die Organisationsstrukturen der adressierten Leistungserbringer sind verschieden. Nicht alle Einzelheiten mögen übertragbar sein und es lassen sich auch nicht zwangsläufig „lessons learnt“ ableiten, aber der vergleichende Diskurs sollte aus Sicht der Autorinnen angestoßen werden.

2 Selbstverwaltungsstrukturen der QS

Die Regelung der QS in zugelassenen Krankenhäusern liegt im Kompetenzbereich des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA; § 92 Abs. 1 Nr. 13 SGB V). Maßgeblich sind hierbei die von ihm beschlossene Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden QS (DeQS-RL) und die Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL). 2015 wurde für die Entwicklung und Durchführung der QS-Verfahren ein unabhängiges wissenschaftliches Institut, das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) geschaffen (§ 137a SGB V). Vorher waren die Aufgaben zur datengestützten QS an das BQS- (bis 2009) und an das aQua-Institut (bis 2015) vergeben (siehe Tabelle 1).

Im SGB XI liegen die Regelungskompetenzen beim Qualitätsausschuss Pflege (QA, § 113b SGB XI). Hervorgegangen ist dieser im Jahr 2016 aus der Schiedsstelle Qualitätssicherung. Auch er ist paritätisch besetzt und um Unparteiische erweiterbar. Der QA beschließt die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität (MUG,

§ 113 SGB XI) und damit das indikatorengestützte Verfahren zur Messung der Qualität in den stationären Pflegeeinrichtungen wie auch die Qualitätsdarstellungsvereinbarungen (QDV) einschließlich der Bewertungssystematik (§ 115 Abs. 1a SGB XI). Der MD hat – unter Berücksichtigung der MUG – die Regelungskompetenz zum Prüfverfahren in den Pflegeeinrichtungen (Qualitätsprüfungsrichtlinien, QPR). Folglich besteht mit der Neustrukturierung der Pflege-Selbstverwaltung durch das PSG II im SGB XI seit 2016 ein sogenannter kleiner G-BA, ein dem Kontext des SGB V vergleichbares Verhandlungs- und Entscheidungsgremium. Ein Institut analog dem IQTIG beziehungsweise die befristete Vergabe der Entwicklung und Durchführung der Verfahren an ein Institut (analog dem BQS- oder aQua-Institut) ist im SGB XI jedoch nicht implementiert. Zwar wurde nach Ausschreibung das aQua-Institut als Datenauswertungsstelle mit der Berechnung der indikatorengestützten Ergebnisse (bis 2024) beauftragt. Diese Arbeiten umfassen jedoch allein die technische Auswertung der Daten nach dem beschlossenen Verfahren; eine fachliche und wissenschaftliche Begleitung der Aufgaben des QA ist hier nicht vorgesehen. Stattdessen soll der QA seinen Aufgaben mithilfe ausgeschriebener wissenschaftlicher Gutachten und unterstützt durch eine „unabhängige qualifizierte Geschäftsstelle“ (§ 113b Abs. 4 und 6 SGB XI) nachkommen. Durch die Entfristung dieser Geschäftsstelle im Jahr 2020 erkannte der Gesetzgeber zumindest an, dass es sich „bei vielen Fragen der Qualitätssicherung und -entwicklung um kontinuierlich zu bearbeitende Daueraufgaben“ handelt (Deutscher Bundestag 2020, 37).

Eine Anerkennung von Daueraufgaben ist für die Verfahrenspflege (Systempflege, das heißt die Aktualisierung der bestehenden Prüfinstrumente und Indikatoren) und deren Weiterentwicklung (das heißt Erschließung neuer Themenfelder mit Qualitätsdefiziten sowie weiterer Datengrundlagen) von besonderer Relevanz. Der Gesetzgeber hat hier den G-BA (QS im Krankenhaus: § 136d SGB V) und den QA (QS in Pflegeheimen: § 113b Abs. 4a SGB XI) zur Evaluation und Weiterentwicklung verpflichtet. Der G-BA hat diesbezüglich die Entwicklung neuer QS-Verfahren durch das Themenfindungs- und Priorisierungsverfahren (TuP) expliziert (G-BA 2015b): Zu Versorgungsthemen mit konkreten Qualitätsdefiziten und den methodischen Grundlagen folgend entwickelt das IQTIG weitere Indikatoren (IQTIG 2019). In den Regelbetrieb eingeführte Indikatoren prüft und modifiziert das IQTIG im Rahmen der Systempflege (G-BA 2015a) regelmäßig hinsichtlich veränderter Evidenz.

Im Kontext des SGB XI findet sich demgegenüber eine explizite Ausgestaltung und Verankerung von Systempflege beziehungsweise Verfahrensweiterentwicklung bis dato nicht. Bisherige Entwicklungspfade werden als wenig transparent diskutiert (Stemmer und Arnold 2014, 42; Schwinger und Behrendt 2018, 24 ff.). Dieser erhebliche Gestaltungsbedarf sollte

TABELLE 1

Vergleich der Qualitätssicherung in Pflegeheim und Krankenhaus

	SGB XI	SGB V
Selbstverwaltungsstrukturen	QA; Begleitung der Aufgaben durch ausgeschriebene wissenschaftliche Gutachten; unterstützt durch eine „unabhängige qualifizierte Geschäftsstelle“; Durchführung der QS-Verfahren durch den Medizinischen Dienst und die Datenauswertungsstelle	G-BA; Entwicklung und Durchführung der QS-Verfahren durch ein unabhängiges wissenschaftliches Institut (IQTIG)
Datenquellen	<ul style="list-style-type: none"> • Vor-Ort-Prüfungen des Medizinischen Dienstes • bewohnerbezogene QS-Dokumentationen durch die Pflegeheime • keine Nutzung von Sozialdaten • Auftrag an QA: Entwicklung von Instrumenten für die Ermittlung und Bewertung von Lebensqualität 	<ul style="list-style-type: none"> • keine Vor-Ort-Prüfung; Überprüfung der Selbstangaben der Krankenhäuser in drei QS-Verfahren durch den MD • fallbezogene QS-Dokumentationen durch die Krankenhäuser • einrichtungsbezogene QS-Dokumentation • Sozial-/Abrechnungsdaten der Krankenkassen • in Entwicklung: Patientenbefragungen

Quelle: eigene Darstellung. Grafik: G+G Wissenschaft 2021

angesichts der nunmehr vollständig novellierten QS im Pflegeheim einen oberen Platz auf der Prioritätenliste des QA besetzen. Zur Entwicklung, Weiterentwicklung und Anpassung der Indikatoren sollte für den QA das „Methodenpapier“ des IQTIG (IQTIG 2019) richtungweisend sein.

3 Datenquellen

Die datengestützte QS im Krankenhaus baut auf vier Datenquellen auf. Die Mehrheit der Qualitätsindikatoren für Krankenhäuser basiert primär auf fallbezogenen QS-Dokumentationen durch die Krankenhäuser sowie zunehmend auch auf Sozialdaten, das heißt Abrechnungsdaten der Krankenkassen (SGB V). Eine einrichtungsbezogene QS-Dokumentation, in der statt pro Fall nur pro Krankenhaus Daten erfasst werden (zum Beispiel zur Aufbereitung von Sterilgut), wird gegenwärtig ausschließlich in einem QS-Verfahren verwendet. Indikatoren auf Basis von Patientenbefragungen befinden sich in der Entwicklung (IQTIG 2018). Für alle QS-Verfahren sind Vollerhebungen aller Patienten mit den entsprechenden Behandlungsanlässen umgesetzt, der Zugriff erfolgt über definierte Codes des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) beziehungsweise der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD). In die Befragungen gehen jeweils nur eine Stichprobe der Patienten ein. Die Datenvalidierung,

das heißt ein Abgleich selbst erfasster QS-Dokumentationen mit der Patientenakte vor Ort, nimmt insbesondere bei planungsrelevanten Qualitätsindikatoren einen wichtigen Stellenwert ein.

Die QS im Kontext des SGB XI setzt bislang auf zwei Informationsquellen: die Dokumentationen der Vor-Ort-Prüfungen des MD (§ 114 SGB XI) und die bewohnerbezogenen Dokumentationen durch die Einrichtungen selbst (§ 113 Abs. 1a SGB XI). Die MD-Prüfungen finden jährlich (§ 114 Abs. 1 SGB XI) beziehungsweise ab 2023 bei festgestelltem hohem Qualitätsniveau gegebenenfalls alle zwei Jahre statt (§ 114c SGB XI). Unabhängig von der Einrichtungsgröße werden neun Bewohnerinnen und Bewohner in Augenschein genommen (QPR vollstationär), bei sechs von ihnen erfolgt eine Plausibilitätskontrolle der von der Pflegeeinrichtung erhobenen Indikatordaten (MUG stationär, Anlage 4). Eine ähnliche Inaugenscheinnahme vor Ort findet sich bei der gesetzlichen QS im Krankenhaus nicht. Eine Überprüfung der Selbstangaben der Krankenhäuser durch den MD ist allein bei drei QS-Verfahren möglich (§ 9 Abs. 5 plan. QI-RL).

Die neu implementierte indikatorengestützte QS im Pflegeheim – und hier gibt es eine Gemeinsamkeit zur QS im Krankenhaus – nutzt fall-, das heißt hier bewohnerbezogene Dokumentationen der Einrichtungen (§ 114b Abs. 1 SGB XI); auch hier ist – mit einigen Ausnahmen, zum Beispiel von Bewohnern in der Sterbephase – eine Vollerhebung aller Bewohner

TABELLE 2

Vergleich der Qualitätssicherung in Pflegeheim und Krankenhaus

	SGB XI		SGB V
Bewertung von Einrichtungen	Prüfung durch den MD <ul style="list-style-type: none"> • einstufig • Referenzwerte: quantitativ-normative Setzung durch den QA • keine Risikoadjustierung 	Indikatoren <ul style="list-style-type: none"> • einstufig • Referenzwerte: relational (verteilungsabhängig) • Risikostratifizierung 	<ul style="list-style-type: none"> • zweistufig (Vergleich mit Referenzwert und qualitative Bewertung) • Referenzwerte: evidenzbasierte quantitativ-normative Setzung durch den G-BA • Risikoadjustierung
Bewertungs-differenzierung	Qualitätsdefizite: <ol style="list-style-type: none"> 1. „keine oder geringe“ 2. „moderate“ 3. „erhebliche“ 4. „schwerwiegende“ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ergebnisqualität weit über dem Durchschnitt (20 % beste Einrichtungen) 2. Ergebnisqualität leicht über dem Durchschnitt 3. Ergebnisqualität nahe beim Durchschnitt 4. Ergebnisqualität leicht unter dem Durchschnitt 5. Ergebnisqualität weit unter dem Durchschnitt 	
Konsequenzen	<ul style="list-style-type: none"> • externe Qualitätsförderung, Rückkopplung an internes Qualitätsmanagement • regulierende oder rechtliche Folgen • externe, vergleichende Qualitätsberichterstattung (obligatorisch durch Pflegekassen) 	<ul style="list-style-type: none"> • externe Qualitätsförderung, Rückkopplung an internes Qualitätsmanagement • externe, vergleichende Qualitätsberichterstattung (obligatorisch durch Pflegekassen) 	<ul style="list-style-type: none"> • externe Qualitätsförderung, Rückkopplung an internes Qualitätsmanagement • regulierende oder rechtliche Folgen (anfänglich) • externe, vergleichende Qualitätsberichterstattung (möglich durch Krankenkassen, zukünftig obligatorisch für G-BA)

Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2021

umgesetzt (MUG stationär; Anlage 3). Die in der QS im Krankenhaus implementierten weiteren Datenquellen – die Befragung und die Sozialdaten – sind im Kontext des Pflegeheims nicht realisiert. Während die Perspektive und Lebensqualität der Betroffenen, ermittelt durch Patienten- beziehungsweise Bewohnerbefragungen, zukünftig – so der Auftrag an den QA – aufzunehmen ist (§ 113b Abs. 4 Nr. 4 SGB XI), sieht der Gesetzgeber bislang eine Nutzung von Sozialdaten nicht vor. Dieser Sachverhalt wird später in der Diskussion zum Sektorenbezug aufgegriffen.

4 Bewertung von Einrichtungen

Die Bewertung, ob ein Krankenhaus die Qualitätsanforderungen erfüllt, erfolgt zweistufig (vergleiche Tabelle 2). Durch

den G-BA festgelegte Referenzbereiche (verteilungsabhängig oder fest; gegebenenfalls zusätzlich fallzahlabhängig) definieren, ab wann bei einem Leistungserbringer eine „rechnerische bzw. statistische Auffälligkeit“ vorliegt. Die Mehrzahl der Ergebnisindikatoren ist risikoadjustiert. Dadurch sollen Unterschiede zwischen den Krankenhäusern hinsichtlich morbiditätsbedingter Risiken der Patienten ausgeglichen werden. Die Referenzbereiche schlägt das IQTIG unter Kenntnis der aktuellen Versorgungssituation (empirisch) beziehungsweise wissenschaftlich begründet (Literatur, Leitlinien) vor (IQTIG 2019, 159 f.). Für in diesem Sinne auffällige Krankenhäuser erfolgt dann im zweiten Schritt eine qualitative Bewertung: In einem schriftlichen Stufenverfahren kann das Krankenhaus Ausnahmestände beziehungsweise Gründe anführen, warum sein quantitativ auffälliges Ergebnis nicht als Qualitätsproblem zu werten sei. Im Rahmen der Bewertung stellen das IQTIG

beziehungsweise die QS-Institutionen auf Landesebene in Fachkommissionen fest, ob „zureichende“ oder „unzureichende“ Qualität hinsichtlich einer Qualitätsanforderung (plan. QI-RL) oder eine „qualitative Auffälligkeit“ (DeQS-RL) vorliegt. Da die Bewertung bei den meisten QS-Verfahren auf Landesebene stattfindet, sind die Prozesse und Bewertungsergebnisse sehr heterogen (*IQTIG 2020b*).

Die Bewertung der Ergebnisqualität im Pflegeheim ist einstufig, ein Stellungnahmeverfahren ist nicht implementiert (vergleiche Tabelle 2). Es gibt zwei Bewertungspfade: einen auf den MD-Prüfungen und einen auf den Indikatoren fußenden. Für die MD-Prüfergebnisse hat der QA ähnlich wie der G-BA bei der QS im Krankenhaus quantitativ-normative Referenzbereiche festgelegt, jedoch sind dies hier vier differenzierend abstufende Niveaus. Ein Schema weist der Anzahl von in Augenschein genommenen Bewohnern mit einem „Defizit mit Risiko negativer Folgen“ (C-Wertung) und/oder einem „Defizit mit eingetretenen negativen Folgen“ (D-Wertung) eines der vier Qualitätsniveaus zu (QDVS, Anlage 7). Die Bewertung der Pflegeeinrichtungen anhand der Indikatorergebnisse erfolgt hingegen vergleichend in Relation zu allen übrigen Heimen (verteilungsabhängig nach Quintilen). Fünf der zehn Indikatoren sind risikostatifiziert – hier erfolgt eine Ausweisung der Ergebnisse für das Stratum der Bewohner mit hohem Risiko und für jenes ohne beziehungsweise mit geringem Risiko (MUG stationär). Damit es sich auch faktisch um die intendierte relationale Bewertung handelt, muss der QA noch ein Verfahren zur empirischen Ableitung der Schwellenwerte festlegen (*Wingenfeld 2018, 42 ff.*).

5 Konsequenzen

Zu diskutieren sind die dargestellten Bewertungsformen im Hinblick auf ihre Konsequenzen, wobei drei Ansätze zu unterscheiden sind:

- qualitätsfördernde, das interne Qualitätsmanagement adressierende Maßnahmen,
- regulierende oder rechtliche Folgen sowie
- die Qualitätsberichterstattung.

Eine Rückkopplung von Qualitätsergebnissen zum internen Qualitätsmanagement ist sowohl im SGB V als auch im SGB XI angelegt (vergleiche Tabelle 2). Mit Blick auf regulierende oder rechtliche Folgen wird die im SGB V implementierte Qualitätsförderung teilweise als „stumpfes Schwert“ hinsichtlich Qualitätsverbesserungen kritisiert. Der Gesetzgeber implementierte 2016 erstmals vor diesem Hintergrund schärfere Konsequenzen aus den Qualitätsergebnissen: Krankenhäuser, die in drei bestimmten QS-Verfahren „nicht nur vorübergehend in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ aufweisen, sind durch die Planungsbehörden

auf Landesebene aus dem Krankenhausplan herauszunehmen (§ 8 Abs. 1b KHG). Obwohl die Konsequenzen aus juristischen Gründen bisher nicht umgesetzt wurden, hat die krankenhausbegleitende Veröffentlichung der Ergebnisse (*IQTIG 2020 a*) enormes mediales Interesse hervorgerufen. Positiv ist ferner, dass im Zuge der Einführung der plan. QI-RL Qualitätsanforderungen erstmals bundesweit einheitlich bewertet wurden sowie die Planungsbehörden zu Qualitätsfragen in den Dialog mit den Krankenhäusern eingetreten sind. Die mit der plan. QI-RL eingeführte regulierende Nutzung der QS-Daten setzte sich zudem weiter durch: Inzwischen drohen auch nach der DeQS-RL bei „schwerwiegenden [...] Missständen“ unter anderem Vergütungsabschläge oder die Entziehung der Abrechnungsmöglichkeit der jeweiligen Leistung. In der Qualitätsförderungs- und Durchsetzungs-Richtlinie (QFD-RL) sind „je nach Art und Schwere von Verstößen“ weitere mögliche „Folgen der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen“ festgelegt.

Diesbezügliche Sanktionen bei festgestellten Auffälligkeiten sind im SGB XI deutlich umfangreicher als im SGB V und potenziell scharf formuliert: Bei durch den MD festgestellten Qualitätsmängeln können die Landesverbände der Pflegekassen (unter Einbezug der Sozialhilfeträger) nach Anhörung der Leistungserbringer einen Maßnahmenbescheid mit einer Frist zur Beseitigung der Mängel erteilen (§ 115 Abs. 2 SGB XI). Bei Fristüberschreitung ist die Kündigung des Versorgungsvertrages ein gangbarer Weg (§ 115 Abs. 2 SGB XI). Ferner sind, wenn Qualitätsdefizite aus einer (nicht temporären) Personalunterdeckung resultieren, auch Vergütungskürzungen (§ 115 Abs. 3 SGB XI) möglich. Angesichts der Sanktionen ist die rein normative Setzung der Referenzwerte ohne Evidenzbasierung durchaus kritisch zu hinterfragen. Die gewählte differenzierte Bewertung mit vier Referenzbereichen erschwert zudem ein evidenzbasiertes Vorgehen, da sich aus der Literatur oder aus Leitlinien keine verschiedenen Anforderungsniveaus ableiten lassen. Weiterhin ergeben sich insbesondere bei den hier vorliegenden kleinen Fallzahlen bei der Verwendung mehrerer Referenzbereiche Probleme hinsichtlich der statistischen Unterscheidungsfähigkeit (*IQTIG 2021, 116*). Aus den Indikatorergebnissen, die auf einer Selbsterhebung und relationaler Bewertung fußen, folgen keine entsprechenden Sanktionen.

In die externe Qualitätsberichterstattung hingegen gehen sowohl die MD-Prüfergebnisse als auch die Indikatorergebnisse ein. Die Pflegekassen sind verpflichtet, „die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar“ zu veröffentlichen (§ 115 Abs. 1a SGB XI) und haben dies über ihre Internetportale (AOK-Pflege-Navigator, vdek-Pflegelotse etc.) umgesetzt. Mit der Einführung der Ergebnisindikatoren stehen erstmals faktisch vergleichende Informationen zur Verfügung. Die fehlende multivari-

ate Risikoadjustierung sowie der Umgang mit Bewertungen von kleinen Einrichtungen (Fallzahl-Prävalenz-Problem) sind dabei wichtige Ansatzpunkte einer zukünftigen methodischen Weiterentwicklung (*Schwinger und Behrendt 2018*).

Problematisch im Kontext der Berichterstattung ist darüber hinaus Folgendes: Dem Verbraucher wird suggeriert, auf Basis der aufbereiteten MD-Prüfergebnisse Pflegeheime vergleichend bewerten zu können. Dies ist aufgrund der fehlenden Risikoadjustierung sowie aufgrund der Neubewohner-Stichprobe, die entsprechende Zufallsschwankungen der Ergebnisse bewirkt, nicht gegeben (siehe zum Beispiel *Wingefeld et al. 2018, 78*) und neben der fehlenden Evidenzbasierung und der methodisch fraglichen Differenzierung von normativ gesetzten Referenzbereichen einer der wesentlichen Kritikpunkte der aktuell umgesetzten Form der externen Darstellung von MD-Prüfergebnissen für die interessierte Öffentlichkeit. Aussagen über Qualitätsdefizite sind für die Angehörigen und Betroffenen bei der Wahl einer Einrichtung wichtig: Sie sollten also nicht entfallen, Methodik und Darstellungsform aber anders ausgerichtet werden.

Die vergleichende Darstellung von QS-Ergebnissen im Kontext des Krankenhauses war bis 2015 nicht explizit als gesetzliche Aufgabe an den G-BA formuliert. Seit 2005 werden alle QS-Ergebnisse – auffällig oder nicht – einrichtungsbezogen in den strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser veröffentlicht (Qb-R). Diese können schon heute von den Krankenkassen dargestellt werden (§ 136b Abs. 7 SGB V), der G-BA muss sie jedoch erst zukünftig in Form eines vergleichenden, unabhängigen Qualitätsportals im Internet aufbereiten (*G-BA 2019*). Weiterhin wird der G-BA für die Umsetzung des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) nach § 136a Abs. 6 SGB V eine neue Richtlinie zur Veröffentlichung einrichtungsbezogener risikoadjustierter Vergleiche beschließen.

6 Sektorenbezug

Der Gesetzgeber hat festgelegt, dass die gesetzliche QS im Bereich des SGB V sektorenübergreifend zu erlassen ist, wenn eine sektorbezogene Regelung nicht angemessener ist (§ 136 Abs. 2 SGB V). Der Begriff „sektorenübergreifend“ bezieht dabei die stationäre Krankenhaus- und die vertragsärztliche ambulante Versorgung ein und kann drei unterschiedliche Bedeutungen einnehmen (*G-BA 2018*):

- sektorgleich: Erbringung der gleichen medizinischen Leistungen in unterschiedlichen Sektoren,
- sektorenüberschreitend mit Follow-up: Ergebnisqualität zu einer erbrachten Leistung wird durch die Messung in einem anderen Sektor überprüft,

- sektorenüberschreitend: Mindestens zwei Sektoren haben maßgeblich Anteil an dem Behandlungsergebnis.

Aktuell sind wenige QS-Verfahren nach DeQS-RL „sektorgleich“ und wenige „sektorenüberschreitend mit Follow-up“. Keines der Verfahren in der Entwicklung oder im Regelbetrieb ist als „sektorenüberschreitend“ zu bezeichnen. Die Herausforderung dabei ist die Zuschreibbarkeit (das heißt die Beeinflussbarkeit) eines Behandlungsergebnisses, wenn mehrere Leistungserbringer aus verschiedenen Sektoren für ein Qualitätsdefizit verantwortlich gemacht werden sollen. Eine Zuschreibung bei geteilter Verantwortung – die demnach auch gemeinschaftlich mit QS-Maßnahmen adressiert werden (*IQTIG 2019*) – ist bislang in der gesetzlichen QS nach SGB V nicht etabliert.

Das SGB XI expliziert nicht, ob und wann QS sektorenübergreifend zu gestalten ist. Für den Sektor Pflegeheim – in dem kein anderer Sektor des SGB XI (zum Beispiel häusliche Pflege) in Anspruch genommen werden kann – ist „sektorenüberschreitend“ immer gleichbedeutend mit „sozialgesetzbuch-überschreitend“, denn weitere Leistungserbringer neben dem Pflegeheim können hier – qua Definition – nur solche der gesundheitlichen Versorgung (das heißt maßgeblich niedergelassene Ärzte und zum Beispiel Physiotherapeuten) sein. Dass andere Sektoren (im Sinne von anderen Leistungserbringern) am Behandlungsergebnis Anteil haben können, ist – anders als im SGB V, wo die QS zumindest sektorenübergreifend erfolgen soll – nicht formuliert. Auch im Kontext des SGB XI ist die ungeklärte Frage der Zuschreibbarkeit von Qualitätsdefiziten ursächlich. Begrifflich hat sich in diesem Kontext „pflegesensitiv“ im Sinne von „maßgeblich durch die Mitarbeiter der Einrichtungen beeinflussbar“ etabliert (*Wingefeld 2011, 14 ff.; Wingefeld 2018, 30 ff.*). Angesichts der Bedarfslagen der hochbetagten und multimorbiden Menschen im Pflegeheim und der vielfältig untersuchten und belegten Schnittstellenprobleme zur ambulant-ärztlichen wie auch zur Krankenhausversorgung (zum Beispiel *Schwinger et al. 2018*) ist der verengende Blick auf „pflegesensitive“ Qualitätsdefizite nur schwer hinnehmbar. In Abgrenzung zur Krankenhausversorgung, bei der es um einen eng gefassten Behandlungsanlass geht, ist das Pflegeheim nicht nur ein Sektor, sondern auch ein Setting, in dem Menschen dauerhaft leben und sowohl pflegerisch als auch medizinisch versorgt werden. Rechtlich liegen Arzneimittelverordnungen oder Krankenhauseinweisungen in ärztlicher Verantwortung – gleichwohl hat die Pflege Einfluss zum Beispiel auf sturzassoziierte Krankenhausaufnahmen (*Behrendt et al. 2021*) oder Antipsychotika-Gaben bei demenziell bedingtem herausfordernden Verhalten (*Behrendt et al. 2019*). Aus der Perspektive der Bewohner und ihrer Angehörigen sind es also Versorgungsinteraktionen mehrerer Leistungserbringer und Gesundheitsberufe, die gemeinsam das Ausmaß von Versorgungsqualität prägen.

7 Fazit

Der Beitrag diskutierte vergleichend die Verfahren und Methoden der datengestützten QS in Krankenhaus und Pflegeheim mit dem Ziel, Optimierungspotenziale aufzuzeigen. Mit Blick auf die Selbstverwaltungsstrukturen bleiben die fachlich-wissenschaftlichen Begleitstrukturen im Kontext der QS in der Pflege im Entwicklungsstand deutlich hinter der QS nach dem SGB V zurück. Der Gesetzgeber bündelt – anders als im Kontext des SGB V – die wissenschaftliche Weiterentwicklung der QS in der Langzeitpflege nicht in einer Institution. Die Verstärkung und der Aufbau von Erfahrungswissen sind somit nicht angelegt. Mit Blick auf die in die QS einfließenden Datengrundlagen wurde festgehalten, dass Patientenbefragungen noch nicht etabliert sind. Wegweisend sind hier die Arbeiten der Bertelsmann Stiftung, die Angehörigenbefragungen für Pflegeheime entwickelt (weisse-liste.de/angehoerigenbefragung) und grundsätzlich für die Verbraucherzentrierung als Leitbild der Weiterentwicklung der QS plädiert (siehe weisse-liste.de/projekt/public-reporting-pflege). Hinsichtlich der unterschiedlichen Ansätze der Bewertung der gemessenen Qualität wurde ferner reflektiert, dass die normativ gesetzten Referenzbereiche für die MD-Bewertungssystematik evidenzbasiert abgeleitet werden sollten. Auf die differenzierende Form der vergleichenden Bewertung sollte unter anderem auch aufgrund der kleinen Fallzahlen verzichtet werden.

Die Reduktion auf pflegesensitive Indikatoren und damit einhergehend auch der fehlende Einbezug von Sozialdaten im Kontext der QS stellt aus Sicht der Autorinnen eine Sackgasse dar. Die Analyse und Darstellung von Qualitätsindikatoren, die nicht einem Leistungserbringer beziehungsweise einem Sektor allein zuschreibbar sind, bietet vielerlei Chancen. Zum einen kann mit einer Analyse, wie sie gegenwärtig im durch den Innovationsfonds geförderten Projekt Qualitätsmessung in der Pflege mit Routinedaten (QMPR) erprobt und im Krankenhausbereich langjährig mit Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR) durchgeführt wird, den Pflegeheimen fundiertes Feedback zu beeinflussbaren Versorgungsdefiziten für das interne Qualitätsmanagement gegeben werden. Bei QSR werden die Qualitätsdaten zu einzelnen Krankenhäusern veröffentlicht, um Patienten die Auswahl des Krankenhauses zu erleichtern. Auch dies wäre eine Blaupause für QS für Pflegeheime. Zum anderen sind örtlich typische Versorgungsketten in diesem Sinne beschreibbar und mithilfe von Qualitätsförderung adressierbar. Weiterhin könnten solche örtlichen Qualitätsinitiativen mit Sozialdaten evaluiert werden. Ferner können die Ergebnisse auf Systemebene – das heißt leistungserbringer- und sektorenübergreifend auf Landes- oder Landkreisebene – für die entsprechenden politischen Gremien auf Kreis- beziehungsweise Bezirksebene (Ausschüsse für Gesundheit und Soziales), in den Krankenhaus-Planungsausschüssen, den Gremien nach § 90a SGB V oder den Landespflegeausschüssen (§ 8a SGB XI)

diskutiert werden. Zuletzt hat sektorenübergreifende QS auch dann ihre Bedeutung, wenn Leistungserbringer gemeinsame Verantwortung für ein Versorgungsergebnis übernehmen, wie dies gegenwärtig bei Verträgen nach § 140a SGB V der Fall ist. Letztlich ist die fehlende Sektorenbeziehungsweise Sozialleistungsüberschreitung in der QS aber immer nur ein Symptom für das Ausgangsproblem: Im Status quo trägt kein Akteur für die entsprechenden Versorgungsketten Verantwortung. Insofern wäre die Diskussion um die Probleme der sektorenübergreifenden QS nach einer institutionellen Überwindung von Sektorengrenzen nicht mehr die gleiche.

Literatur

- Beaussier AL, Demeritt D, Griffiths A, Rothstein H (2020):** Steering by Their Own Lights: Why Regulators across Europe Use Different Indicators to Measure Healthcare Quality. *Health Policy*, Vol. 124, No. 5, 501–510
- Behrendt S, Tsiasioti C, Özdes T, Schwinger A (2019):** Routinedatenbasierte Qualitätsindikatoren in der stationären Langzeitpflege. In: Repschläger U, Schulte C, Osterkamp N (Hrsg.): *Gesundheitswesen aktuell 2019*. Barmer, 290–317
- Behrendt S et al. (2021):** Multisektorale Schnittstelle: Hospitalisierungen von Pflegeheimbewohnenden mit Schwerpunkt Sturz. In: Klauber J, Wasem J, Beivers A, Mostert C (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2021*. Berlin, Heidelberg: Springer, 171–185
- Büscher A, Wingenfeld K, Igl G (2018):** Weiterentwicklung der gesetzlichen Qualitätssicherung in der Sozialen Pflegeversicherung. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg.): *Pflege-Report 2018, Schwerpunkt: Qualität in der Pflege*. Berlin, Heidelberg: Springer, 37–44
- Deutscher Bundestag (2020):** Entwurf eines Gesetzes zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der Krankenhäuser und weiterer Gesundheitseinrichtungen. Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD. Drucksache 19/18112 vom 24. März 2020 (COVID-19-Krankenhauserlastungsgesetz). Berlin; dip.bundestag.de → Dokumentenart: Bundestag-Drucksache, Dokumentennummer: 19/18112
- G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2015a):** Beschluss des G-BA über die Beauftragung des IQTIG zur Beteiligung an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung und zur Veröffentlichung der Ergebnisse der Qualitätssicherungsmaßnahmen. Stand 27. November 2015; g-ba.de/beschluesse/2408/
- G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2015b):** Beschluss des G-BA über eine Neufassung des Themenfindungs- und Priorisierungsverfahrens für Themen der Qualitätssicherung im Rahmen von Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Nr. 13 SGB V und Regelungen nach § 137 Abs. 3 SGB V. Stand 19. März 2015; g-ba.de/beschluesse/2226/
- G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2018):** Richtlinie des G-BA nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i. V. m. § 136 Abs. 1 Nr. 1 SGB V über

die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung (Qesü-RL). Außer Kraft getreten; g-ba.de → Richtlinien → Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (nicht mehr in Kraft)

G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2019): Beschluss des G-BA über eine Beauftragung des IQTIG gem. § 137a Absatz 3 Satz 2 Nr. 5 SGB V: Veröffentlichung von einrichtungsbezogenen vergleichenden risikoadjustierten Übersichten über die Qualität in maßgeblichen Bereichen der stationären Versorgung. Stand 17. Januar 2019; g-ba.de → Suchen: § 137a Absatz 3 Satz 2 Nr. 5 SGB V

IQTIG (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen) (2018): Entwicklung von Patientenbefragungen im Rahmen des Qualitätssicherungsverfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie. Abschlussbericht. Stand 15. Dezember 2018; iqtig.org → Suche: Patientenbefragungen Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie

IQTIG (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen) (2019): Methodische Grundlagen V1.1. Stand: 15. April 2019; iqtig.org → Das IQTIG → Grundlagen → Methodische Grundlagen

IQTIG (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen) (2020a): Planungsrelevante Qualitätsindikatoren: Ergebnisse 2020. Stand: 16. April 2020; iqtig.org/sonderveroeffentlichung-planqi/

IQTIG (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen) (2020b): Weiterentwicklung des Strukturierten Dialogs mit Krankenhäusern. Abschlussbericht zu Stufe 1 und Stufe 2

IQTIG (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen) (2021): Planungsrelevante Qualitätsindikatoren. Neukonzeption der Entwicklung und Bewertung. Bericht zu Teil A (erscheint voraussichtlich Ende Oktober 2021)

MDS (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen) (2020): Qualität in der ambulanten und stationä-

ren Pflege. 6. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach § 114a Abs. 6 SGB; www.mds-ev.de → Richtlinien/Publikationen → Pflegequalität → MDS-Pflege-Qualitätsberichte

Schwinger A, Behrendt S (2018): Reform der Qualitätsprüfung und -darstellung im Pflegeheim: Stand der Umsetzung und offene Fragen. *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft*, Jg. 18, Heft 4, 23–30

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

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. *GKV-Spitzenverband (Hrsg.); ikj-mainz.de → Gesundheitswesen/Suchthilfe → Abgeschlossene Projekte*

Wingefeld K et al. (2011): Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe. Abschlussbericht. Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; bmfsgj.de → Service → Publikationen → Suche: Instrumente Stationäre Altenhilfe

Wingefeld 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. *Qualitätsausschuss Pflege (Hrsg.); gs-qa-pflege.de → Dokumente zum Download → Entwicklung der Qualität in der stationären Pflege gemäß § 113b Absatz 4 Satz 2 Nr. 1 und 2 SGB XI → vollständiger Abschlussbericht*

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 22. September 2021)

DIE AUTORINNEN



Dr. rer. pol. Antje Schwinger,

Jahrgang 1976, hat Pflege an der Napier University Edinburgh und Gesundheitsökonomie an der Universität zu Köln studiert. Nach Tätigkeiten im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) und im AOK-Bundesverband war sie von 2007 bis 2013 am IGES Institut mit den Themenschwerpunkten vertragsärztliche Vergütung und Pflegeforschung tätig. Sie promovierte an der Universität Bremen und leitet seit 2017 den Forschungsbereich Pflege im WIdO.



Dr. rer. medic. Silvia Klein,

Jahrgang 1977, hat Gesundheitswissenschaften studiert. Sie promovierte an der Charité – Universitätsmedizin Berlin in Kooperation mit dem Robert Koch-Institut. Zwischen 2006 und 2015 arbeitete sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin und stellvertretende Bereichsleitung im Bereich Versorgungsforschung am IGES Institut, bevor sie 2015 an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) wechselte. Dort ist sie zuständig für die Entwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren.