

BAG FW Konzept

für eine zukünftige externe Qualitätsprüfung und Pflege-Qualitätsberichterstattung auf der Grundlage des Projekts Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe.

Ergebnisse der Arbeitsgruppe vom 4. Januar 2011 (Frau Golletz, Frau Göring, Frau Pawills, Herr Carrier)

1. Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe

Das Projekt zur Ergebnisqualität hat auf wissenschaftlicher Grundlage reliable Indikatoren für Lebens- und Ergebnisqualität erarbeitet. Die Pflegequalität einer stationären Einrichtung der Altenhilfe lässt sich anhand der erarbeiteten Ergebnisqualitätsindikatoren zur Lebens- und Ergebnisqualität beschreiben. Die Projektergebnisse ermöglichen auf der Grundlage eines mehrstufigen Bewertungssystems einen objektiven und fairen Qualitätsvergleich zwischen stationären Einrichtungen. Ergebnisqualität wird mit Hilfe geeigneter gesundheitsbezogener Indikatoren und mit einer standardisierten Bewohner- und Angehörigenbefragung zur Lebensqualität ermittelt. Insgesamt sind ca. 30 geeignete Indikatoren aufgeführt.

Die Ergebnisse der Erhebung der Indikatoren durch die Einrichtung bilden die Grundlage einer zukünftigen Pflege-Transparenzberichterstattung nach § 115 Abs. 1a SGB XI.

Damit erfüllt das vorgeschlagene System die Anforderungen des § 115 Abs. 1a SGB XI für eine verbraucherfreundliche Pflegequalitätsberichterstattung.

2. Methodische Vorgaben des Projekts zur Pflegequalitätsberichterstattung

Eine zukünftige Pflege-Qualitätsberichterstattung auf der Grundlage von Indikatoren zur Lebens- und Ergebnisqualität bezieht alle Bewohnerinnen und Bewohner in eine risikoadjustierte Vollerhebung ein. Nur so ist ein zufallsabhängiges Ergebnis zu vermeiden. Die Vollerhebung muss in definierten und für alle Einrichtungen verbindlichen, aussagefähigen Intervallen wiederholt werden.

Gesundheitsbezogene Ergebnisqualität

Ein Teil der gesundheitsbezogenen Ergebnisqualitätsindikatoren bezieht sich auf den Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner mit spezifischen, pflegerelevanten Merkmalen (z. B. Dekubitus). Für Bewohnermerkmale, die bei bestimmten Indikatoren mit ei-

nem erhöhten oder geringeren Risiko korrelieren, werden separate Bewohnergruppen gebildet (z. B. kognitiv nicht oder gering beeinträchtigt/kognitiv beeinträchtigt).

Die verlaufsabhängigen Qualitätsindikatoren (z. B. unbeabsichtigter Gewichtsverlust, Mobilität und Selbständigkeit) lassen sich nur anhand von mehreren zeitlich versetzten Erhebungen bei den gleichen Personen in einen definierten Rhythmus erheben.

Lebensqualität

Die Indikatoren zur Lebensqualität werden überwiegend durch die Befragung auskunftsfähiger Bewohnerinnen und Bewohner ermittelt. Im Projekt waren etwa 37 % der Bewohnerinnen und Bewohner nach einem standardisierten Erhebungsschema als auskunftsfähig klassifiziert. Angehörige nicht auskunftsfähiger Bewohnerinnen und Bewohner werden schriftlich befragt.

3. Konzeptionelle Eckpunkte zur Umsetzung einer zukünftigen Qualitätsprüfung und Pflege-Qualitätsberichterstattung

Zukünftig werden Transparenzberichte ausschließlich auf der Datengrundlage der Indikatoren zur Ergebnisqualität erstellt. Die Erhebung der Daten zur gesundheitsbezogenen Ergebnisqualität erfolgt durch Mitarbeitende der Einrichtung. Nur so ist ein Erhebungsverfahren im festgelegten Rhythmus mit wirtschaftlich vertretbarem Gesamtaufwand möglich. Die Durchführung der Befragungen zur Lebensqualität stellt organisatorisch schwierigere Anforderungen und muss durch einrichtungsfremde Personen erfolgen. Die erhobenen Daten werden an eine zuständige Stelle als Grundlage der Transparenzberichterstattung übermittelt.

3.1 Anforderungen an eine Erhebung der Qualitätsindikatoren durch die Einrichtung

Alle Erhebungen in stationären Einrichtungen werden nach einheitlichen und verbindlichen Regeln durchgeführt. Für die Erhebung der Indikatoren zur Ergebnisqualität durch die Einrichtung ist durch eine präzise Beschreibung der Indikatoren und der methodischen Vorgehensweise eine hohe Reliabilität und Objektivität zu gewährleisten. Die Ermessensspielräume der internen Prüferinnen und Prüfer sind weitgehend zu reduzieren.

In einem großflächigen Pretest wird die Verständlichkeit der Indikatorenbeschreibungen und Verfahrensanweisungen geprüft und ggf. weiterentwickelt.

3.2 Erhebung der Indikatoren

Gesundheitsbezogene Ergebnisqualität

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die die Prüfung der Indikatoren zur Ergebnisqualität durchführen, haben verpflichtend an einer kostenlosen Schulung teilgenommen. Nur geschulte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind berechtigt, die Erhebung durchzuführen. Die Mindestanzahl der geschulten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter je Einrichtung ist in einem bewohnerinnen- und bewohnerabhängigen Schlüssel festgelegt. Für Fragen zur Durchführung der Erhebung steht eine kostenlose bundesweite Hotline zur Verfügung, die alle Fragen, die im Rahmen des Erhebungsverfahrens auftreten, verbindlich beantworten kann.

Diese Hotline gibt regelmäßig einen Newsletter heraus, die FAQ-Fragen beantwortet und über aktuelle Entwicklungen und Schulungstermine informiert.

Die Erhebung der Qualitätsdaten durch die Mitarbeitenden der Einrichtungen führt zu einer Verlagerung des Prüfaufwands in die Einrichtungen und zu einer Entlastung der externen Qualitätssicherung durch den MDK. Die erforderlichen Schulungen und die Hotline werden aus Mitteln finanziert, die sich aus der Entlastung der externen Qualitätssicherung ergeben.

Lebensqualität

Zur Erhebung der Indikatoren zur Lebensqualität sehen die Projektergebnisse größten Teils Befragungen von Bewohnerinnen und Bewohnern und deren Angehörigen vor. Während Angehörigenbefragungen schriftlich durchgeführt werden, ist für Bewohnerbefragungen die Interviewform verpflichtend. Die Interviews können, wegen der erforderlichen Objektivität, nicht durch einrichtungsinterne Mitarbeitende durchgeführt werden.

Die Befragung der Bewohnerinnen und Bewohnern und deren Angehörigen erfolgt mit einheitlichen standardisierten Frage- bzw. Interviewbögen¹. Um eine praxistaugliche und faire Befragung der Bewohnerinnen und Bewohner zu gewährleisten, werden die Interviews von geschulten Personen durchgeführt, die nicht in der Einrichtung oder bei einer benachbarten Einrichtung beschäftigt sind.

Das Layout der veröffentlichten Transparenzberichte (z.B. Maske / Internet) wird in einer Pflegetransparenzvereinbarung verbindlich festgelegt.

¹ Es muss geklärt werden, wer die schriftliche Angehörigenbefragung durchführt (denkbar ist eine Verknüpfung mit der Befragung der Heimbewohner oder sie kann durch das Heim durchgeführt werden).

3.3 Überprüfung der Erhebungsdaten

Der MDK führt bei jährlich maximal 10 % der stationären Einrichtungen Stichprobenprüfungen zur Überprüfung der Erhebungsdaten durch: Prüfinhalt dieser Stichprobenprüfung ist eine Plausibilitätsprüfung der für die Pflegequalitätsberichterstattung erhobenen Daten sowie das methodische Vorgehen der Einrichtung. Dabei empfiehlt sich eine zeitliche Nähe zwischen der Erhebung der Einrichtung und einer Stichprobenprüfung durch den MDK. Der Prüfauftrag wird durch die Landesverbände der Pflegekassen erteilt. Stellt der MDK eine fehlerhafte Erhebung der Daten fest, sind die Daten binnen zu setzender Fristen neu zu erheben und neu zu veröffentlichen.

3.4 Vorgehen und Maßnahmen bei Abweichung

Weichen die Prüfergebnisse einer Einrichtung gravierend negativ vom Vergleichswert/Referenzwert ab, wird ein gestuftes System zur Qualitätskontrolle und Qualitätsentwicklung ausgelöst, das durch den MDK überwacht/gesteuert und ggf. durch externe Qualitätsprüfungen begleitet wird.

| | |
|--------------------|---|
| Abweichung Stufe 1 | Darlegung der Begründungen für die Abweichungen in einer schriftlichen Stellungnahme und ggfs. Darstellung durchgeführter oder geplanter Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung. |
| Abweichung Stufe 2 | Anlassbezogene Prüfung durch den MDK im Abweichungsbereich und ggfs. Auflagen durch den MDK |
| Abweichung Stufe 3 | Vollständige Qualitätsprüfung der Einrichtung durch den MDK und Erteilung von Auflagen mit Fristsetzung (ggfs. Prüfung des Entzugs des Versorgungsvertrags durch die Pflegekasse) |

Entsprechend der veränderten Aufgabenstellung des MDKs im Rahmen der Pflege-Transparenzberichterstattung muss § 115 Abs. 1a SGB XI angepasst werden. Weitere Festlegungen sind im Rahmen einer Überarbeitung des PTVS zu treffen. Ebenso sind Inhalte, die durch Ergebnisqualitätsindikatoren geprüft werden, nicht mehr Prüfgegenstand der QPR. Eine entsprechende Anpassung der QPR ist erforderlich.

4. Zukünftige Aufgaben einer externen Qualitätsprüfung

Die Erhebung der Indikatoren zur gesundheitsbezogenen Ergebnisqualität erfolgt durch die Einrichtung im Rahmen eines von den Qualitätsprüfungen durch den MDK abgetrennten Verfahrens. (Die Indikatoren zur Ergebnisqualität sind nicht Inhalt der QPR.²) Die Prüfung von Aspekten der Prozess- und Strukturqualität, zu Qualitätsthemen für die keine aussagefähigen Indikatoren für Ergebnisqualität zur Verfügung stehen, erfolgt ausschließlich im Rahmen der Qualitätsprüfungen durch den MDK nach § 114a SGB

² Entweder hier oder am Ende des Absatzes.

XI auf der Grundlage der QPR. Die Ergebnisse fließen nicht in die Transparenzberichte ein. (Die Indikatoren zur Ergebnisqualität sind nicht Inhalt der QPR.)

Einrichtungen, die nach § 114 Abs. 4 SGB XI eine Qualitätsprüfung selbst veranlasst haben und die gesetzlichen Anforderungen erfüllen, werden nicht durch den MDK im Rahmen der Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI geprüft. Sie unterliegen allerdings den Stichprobenprüfungen des MDKs im Rahmen der Erhebung der Indikatoren zu Lebens- und Ergebnisqualität zur Transparenzberichterstattung.

5. Verzahnung des externen und internen Qualitätsmanagements

Das Konzept einer zukünftigen Qualitätsprüfung und Pflege-Qualitätsberichterstattung auf der Grundlage von Indikatoren zur Lebens- und Ergebnisqualität ermöglicht eine intelligente Verzahnung von externem und internem Qualitätsmanagement. Die Einrichtung kann anhand der Indikatoren für Ergebnisqualität unmittelbar die eigenen Qualitätsziele überprüfen und auf eventuelle Mängel zeitnah mit geeigneten Maßnahmen reagieren. Die Qualitätsziele des internen und externen Qualitätsmanagements können so synchronisiert werden. Das Verfahren zur zukünftigen Pflege-Qualitätsberichterstattung trifft keine methodischen Festlegungen zur Erreichung guter Ergebnisqualität.

Der Ansatz zielt auf ein befähigendes Konzept, das auf die Steuerungsfähigkeit und -bereitschaft der Einrichtungen auf Basis von Ergebnisqualitätsindikatoren weiterentwickelt und damit deren Qualitätsverantwortung in den Mittelpunkt rückt.

6. Bewertungssystematik / Referenzwert

Für eine vergleichende Bewertung der Prüfergebnisse ist es erforderlich für jeden Indikator einen Referenzwert festzulegen und Abweichungen vom Referenzwert einer Qualitätsbewertung zuzuordnen. Das Ergebnisqualitätsprojekt sieht vor, Abweichungen vom Durchschnittswert aller geprüften Einrichtungen positiv oder negativ zu kennzeichnen. Ein objektiver allgemeingültiger Referenzwert steht gegenwärtig nicht zur Verfügung, so dass sich eine, auf dem Durchschnittswert aller geprüften Einrichtungen aufbauende, vergleichende Bewertung zumindest für eine Übergangszeit anbietet. Ein solcher Referenzwert berücksichtigt dynamisch die den Einrichtungen zur Verfügung stehenden Ressourcen und Rahmenbedingungen. Die Ermittlung eines länderspezifischen Durchschnittswerts als Referenzwert würde die Rahmenbedingungen und Personalanzahlzahlen des jeweiligen Bundeslandes berücksichtigen

Bei der Festlegung von Durchschnittswerten als Referenzwert wird ein festgelegter Anteil von Einrichtungen, unabhängig von ihrem Leistungsniveau, immer unter- bzw. überdurchschnittlich bewertet. Referenzwerte, die nah bei 100 % liegen, ermöglichen die Darstellung von positiven Abweichungen nur in begrenztem Umfang.

7. Gemeinsame Geschäftsstelle der Selbstverwaltung in der Pflege zur Sicherung der Qualität in der Pflege

Die Schaffung einer gemeinsamen Geschäftsstelle der Selbstverwaltung nach § 113 SGB XI würde eine Verstärkung der Aktivitäten zur Qualitätssicherung und -entwicklung für SGB XI-Einrichtungen und Dienste in der Altenhilfe bedeuten. Die Geschäftsstelle arbeitet im Auftrag der Selbstverwaltung und wird von den Vertragspartnern nach § 113 SGB XI auf der Grundlage einer Geschäftsordnung gemeinsam getragen. Die Geschäftsstelle unterstützt die im Rahmen der Selbstverwaltung erforderlichen Verhandlungsprozesse zu Vereinbarungen zwischen den Vertragsparteien (z. B. Expertenstandards nach § 113a SGB XI, Pflege-Transparenzberichte). Sie konzeptioniert und begleitet wissenschaftliche Forschungsaufträge, die im Rahmen eines festgelegten Budgets durch die gemeinsame Geschäftsstelle ausgeschrieben werden. Sie evaluiert die im Rahmen der Selbstverwaltung getroffenen Vereinbarungen und deren Umsetzung. Sie veröffentlicht die Transparenzberichte nach § 115 Abs. 1a SGB XI.

Das PflWG überträgt der Selbstverwaltung nach § 113 SGB XI zahlreiche Aufgaben der Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung (§§ 112 – 115 SGB XI). Für die Weiterentwicklung der Qualität in der ambulanten und stationären Altenhilfe steht derzeit kein ausreichendes Know-how zur Verfügung, so dass es einen weiteren Forschungs- und Entwicklungsbedarf gibt.

8. Schritte zur Umsetzung des Ergebnisqualitätsprojekts

Die Umsetzung des Ergebnisqualitätsprojekts erfordert Gesetzesänderungen im SGB XI auf die kontinuierlich hingearbeitet werden muss. Insbesondere sind Gesetzesänderungen zu folgenden konzeptionellen Punkten erforderlich:

- Rolle des MDKs bei der Erstellung der Transparenzberichte in § 115 Abs. 1a SGB XI und Anpassung §§ 114 u. 114a SGB XI.
- Erhebung der Daten zur gesundheitsbezogenen Ergebnisqualität durch die Mitarbeitenden der Einrichtung (Regelung des Schulungsbedarfs).
- Regelungen zur Erhebung der Daten zur Lebensqualität.
- Datengrundlage und Erstellung der Pflege-Transparenzberichterstattung.
- Befreiung der Einrichtungen, die eine gleichwertige Prüfung nach den Vereinbarung nach § 113 SGB XI nachweisen können, von der MDK Qualitätsprüfung.
- Stichprobenprüfung des MDKs zur Überprüfung der erhobenen Transparenzkriterien

- Schaffung einer gemeinsamen Geschäftsstelle mit Regelungen zur Finanzierung

Entwurf eines veränderten Gesetztestextes durch Rechtsanwalt Bachem

9. Prozessschritte zur Umsetzung des Ergebnisqualitätsprojekts

| Schritte | Aufgabe und Details | Zeitlicher Rahmen |
|--|--|-------------------|
| Begleitgremium | Steuerung des Umsetzungsprozesses; Konfliktregulierung bei der Aushandlung der PTVS | |
| Pretest | Umfassender Pretest zum methodischen Vorgehen und zu den Verfahrensanleitungen, die den Einrichtungen zur Verfügung gestellt werden. | |
| Auswertung Pretest | Durchführung in stationären Einrichtungen und Auswertung durch ein Institut. Evtl. Anpassung der Verfahrensanleitungen, durch Wingenfeld. | |
| Transparenzvereinbarung stationär | Einschließlich Prüfregularien und Veröffentlichungsverfahren. Die Transparenzvereinbarung setzt das Ergebnisqualitätsprojekt um. | |
| Schiedsstelle | Die Zuständigkeit der Schiedsstelle nach § 113b SGB XI für die Transparenzvereinbarung muss gesetzlich festgelegt werden. | |
| Schulung von Mitarbeitern für die Erhebung gesundheitlicher Kriterien und für Lebensqualität | Klärung des Verfahrens Finanzierung, Curriculum | |

Alternativvorschlag von Frau Frischhut zum Gliederungspunkt 7.

A: Schaffung einer Geschäftsstelle der Selbstverwaltung in der Pflege zur Sicherung der Qualität in der Pflege und

B: Gründung eines unabhängigen Instituts für Pflegequalität

Die Schaffung einer Geschäftsstelle der Selbstverwaltung würde eine Verstetigung und Zusammenführung der Aktivitäten zur Qualitätssicherung und -entwicklung für Einrich-

tungen und Dienste in der Pflege bedeuten. Es könnten hier die Methodenbewertung in der Pflege (z. B. Expertenstandards nach § 113a SGB XI) und die zur Messung und Darstellung der Qualität notwendigen Prozesse (insbesondere die Entwicklung und wissenschaftliche Fundierung von Qualitätsindikatoren unter der Maßgabe der Ergebnisorientierung) zusammengefasst werden. Eine Geschäftsstelle könnte ebenso die Veröffentlichung der Leistungen und der Qualität von Einrichtungen und Diensten in der Pflege sicherstellen.

Die Aufgaben einer solchen Geschäftsstelle wären:

1. Entwicklung von Grundsätzen und Maßstäben zur Qualitätssicherung in der Pflege
2. Die Sicherung, Entwicklung und Bewertung des wissenschaftlichen Stands in der Pflege z. B. durch die Beauftragung von Expertenstandards
3. Die Entwicklung von Indikatoren und Verfahren zur Messung und Darstellung der Qualität in der Pflege durch Beauftragung eines unabhängigen Instituts.
4. Festlegung von Referenzwerten und Eingriffsgrenzen im Rahmen der Qualitätsprüfung
5. Entwicklung von Richtlinien zur Qualitätsprüfung

Das unabhängige Institut wäre zuständig für:

- a. die Entwicklung von Verfahren zur Messung und Darstellung der Qualität in der Pflege (Überprüfung der Gütekriterien und Wirksamkeit der PTV, ggf. Entwicklung eines alternativen Verfahrens)
- b. Entwicklung von weiteren Qualitätsindikatoren (kurzfristig insbesondere für die ambulante Pflege)
- c. Überprüfung der Verbraucherfreundlichkeit
- d. Veröffentlichung von Ergebnissen der Einrichtungen und Dienste in geeigneter Weise und in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form.

Eine Veröffentlichung erfolgt in folgenden Schritten:

- a. Sammlung der Daten (Qualitätsindikatoren als Routinedaten der Einrichtung zur Qualität in Fortführung der DCS)

- b. Überprüfung der Plausibilität
- c. Interpretation und Auswertung der Daten (z. B. um Referenzwerte vorzuschlagen)
- d. Steuerung der Rückmeldungen/Interventionen an die Einrichtungen (gestuftes Vorgehen inklusive Veranlassung zur Prüfung der Einrichtung bspw. durch den MDK)
- e. Veröffentlichung der Daten nach § 115 Abs. 1a SGB XI über eine gemeinsame Seite der Vertragspartner oder GKV-SV (statt über die Landesverbände der Pflegekassen)

Entwurf 2.0 (07.01.2007)