



WIdO | Wissenschaftliches
Institut der AOK

Qualitätssicherung in der Langzeitpflege auf Basis von Routinedaten

Gesundheitspolitisches Kolloquium

3. Juli 2019
Dr. Antje Schwinger
Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Berlin

Das Potential für eine Verbesserung von Transparenz und Qualität in der stationären Langzeitpflege ist erheblich.

BEDARFSLAGE

- Rund 800.000 hochbetagte, multimorbide Menschen leben dauerhaft in deutschen Pflegeheimen
- 2/3 mit erheblichen kognitiven und kommunikativen Defiziten
- Aufgabe der eigenen Häuslichkeit, Verlust des sozialen Umfelds
> starke Abhängigkeit von Dritten

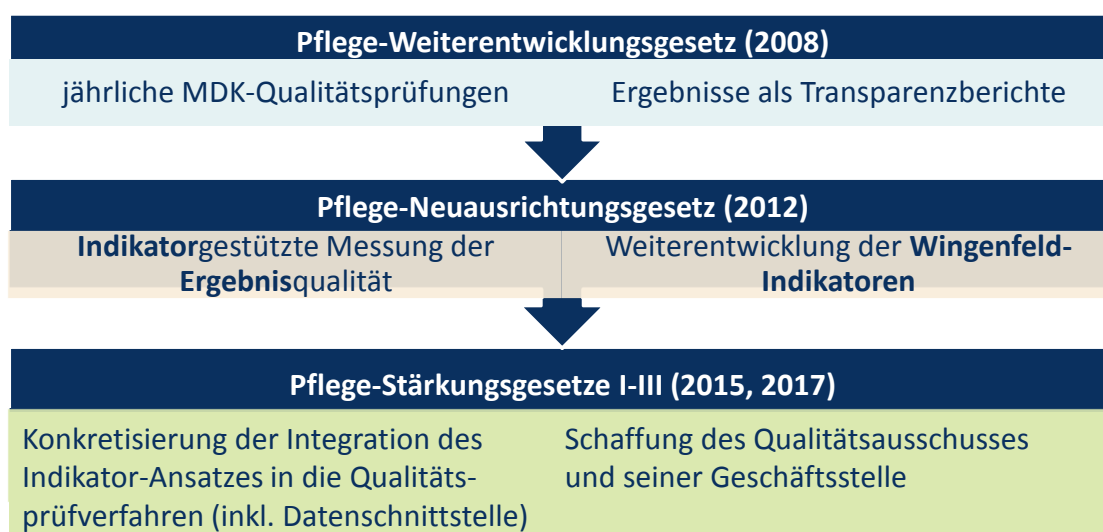
FEHLVERSORGUNG bei

- der Wundversorgung und Dekubitus-Prophylaxe
- der Schmerzerfassung
- der Arzneimittelversorgung (Polymedikation, PRISCUS, Psychopharmaka und Antidementiva bei Demenz)
- Hospitalisierungen (ambulant-sensitiv; in der letzten Lebenswoche...)
- zahnärztlicher Versorgung

Qualitätssicherung in der stationären Langzeitpflege

- ① Historie der Weiterentwicklung
- ② Ausgestaltung und kritische Würdigung der neuen Qualitätsprüfung und -darstellung
- ③ Potential und Grenzen der Qualitätsmessung mit Routinedaten
- ④ Fazit und Diskussion: Wie weiter?

Historie der Qualitätssicherung in der stationären Langzeitpflege



Fahrplan Einführung der neuen Qualitätsprüfung und -darstellung



- Bis September 2019:** Errichtung einer Datenstelle (DAS)
- Ab Oktober 2019:** Testerhebungen der Pflegeheime zu den Indikatoren
- Ab November 2019:** Qualitätsprüfungen des MDK werden auf die neue Systematik umgestellt
- Ab Juli 2020:** Offizieller Start und Veröffentlichung der ersten Indikatoren



Ausgestaltung und kritische Würdigung der neuen Qualitätsprüfung und -darstellung

Inhalte der neuen Qualitätsprüfung und -darstellung

	Indikatoren	MDK Prüfung	Einrichtungs- informationen
Welche Informationen	10 Indikatoren, davon 6 Ergebnisindikatoren	15 Qualitätsaspekte (zzgl. 5 Fragen zum Konzept Umgang mit Sterben)	Ca. 70 Einzelaspekte
Methode der Informationsgewinnung	Eigenerhebung der Heime bei allen Bewohnern; Plausi- kontrolle	Begutachtung des MDK vor Ort; Stichprobe von 9 Bewohnern	Angabe der Heime (verpflichtend), aber keine Überprüfung
Zusammenfassung der Informationen	keine	keine	keine
Bewertung der Heime	Relationaler Vergleich der Heime in fünf Stufen	Setzung, ab wann die Ergebnisse schwerwiegende, erhebliche oder moderate Qualitätsdefizite aufzeigen	Keine Bewertung der Information

7

Gesundheitspolitisches Kolloquium 3. Juli 2018

WiDO

Kritische Würdigung (I)

- **„Handwerkliche Fehler“**
 - Risikoadjustierung der Indikatoren; Relationale Bewertung der Indikatoren ist faktisch nicht relational
 - MDK Prüfung führt auch bei Auftreten einer negativen Folge zur Wertung „Keine oder geringe Qualitätsdefizite“
- **Verständlichkeit der Darstellung und Nutzen für den Vergleich von Heimen**
 - These: Verbraucher ist nicht in der Lage, die beiden Informationsquellen Indikatoren und MDK Prüfung sinnhaft zu trennen;
 - Problem: Ergebnisse der MDK Prüfung „sehen so aus“, als erlaubten sie eine rankende Bewertung der Heime.
 - Fehlende Zusammenfassung:
 - Literatur gibt Hinweise, dass zusammengefasste Qualitätsaussagen die Komplexität reduzieren und geeignete Wahlentscheidungen forcieren.

8

Gesundheitspolitisches Kolloquium 3. Juli 2018

WiDO

Kritische Würdigung (II)

- **Neue Ausrichtung grundsätzlich positiv**

- Stärkere Fokussierung auf Ergebnisse
- Stärkung des internen Qualitätsmanagement und der Verknüpfung mit der externen Prüfung
- MDK Prüfung soll einen beratungsorientierten Charakter bekommen
- Reduktion der Prüfintervalle bei „guten“ Indikatorergebnissen möglich

ABER:

- Aktuelle Ausgestaltung lässt den Schluss zu: Funktion der Indikatoren und der MDK Prüfung fachpolitisch nicht „klar“
- Fehlende Verstetigung der Weiterentwicklung (in Bezug auf Verfahrensabläufe, Methoden wie auch die institutionelle Ausgestaltung)

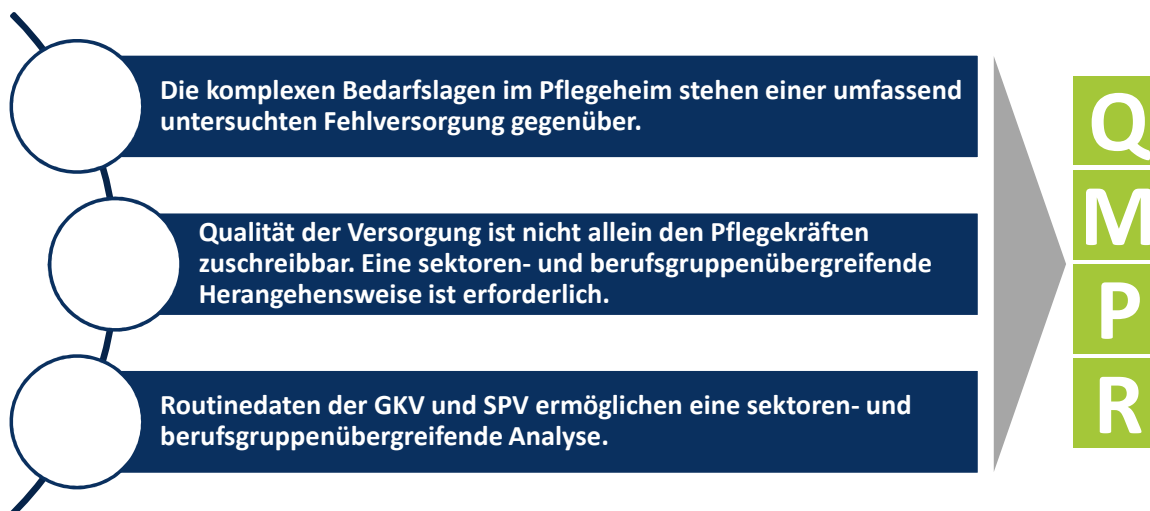


Fokus auf „pflegesensitive“ Ereignisse greift zu kurz

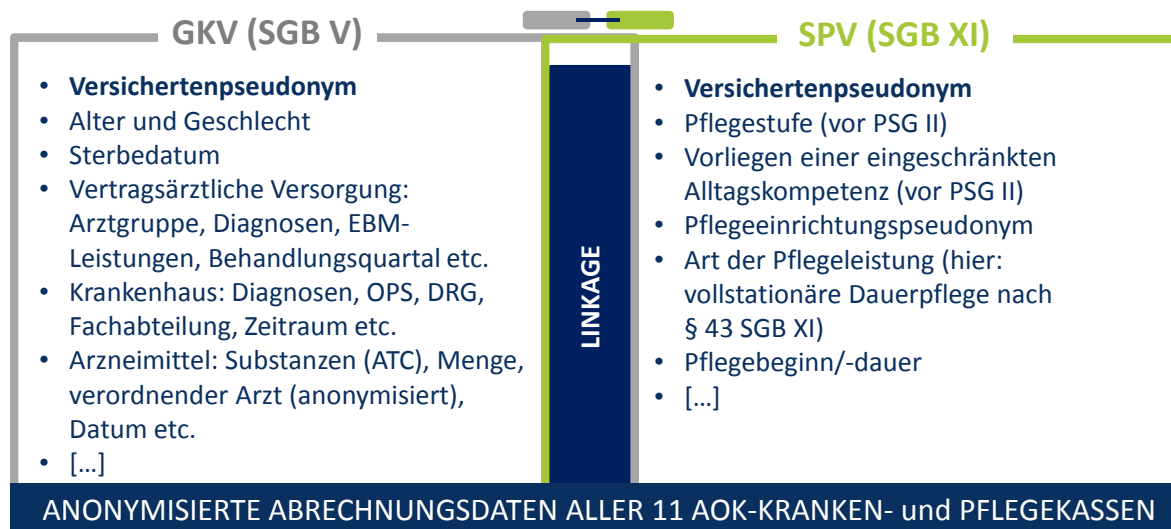


Qualitätsmessung mit Routinedaten in der stationären Langzeitpflege

Ausgangsthesen des Projekts „Qualitätsmessung in der Pflege mit Routinedaten“ (QMPR)



Exkurs: Routinedaten im WIdO



Entwicklungsdatensatz für das Projekt QMPR

im Durchschnitt der Quartale	Pflegestatistik	
	Anteile in %	Anteil in %
Frauen	74,8	73,3
Männer	25,2	26,7
Alter		
60-70	6,4	6,9
70-80	18,4	20,5
80 Jahre und älter	75,3	72,6
Pflegestufe		
Pflegestufe 0	0,8	2,0
mit Pflegestufe I	37,1	38,1
mit Pflegestufe II	41,3	39,8
mit Pflegestufe III + Härtefälle	20,8	20,1
Eingeschränkte Alltagskompetenz (PEA) im Sinne des §45a SGB XI (vor PSG II)	69,2	73,0
Jahreskennzahl		
Anteil verstorbener Pflegeheimbewohner in %	25,4	-
im 1. Quartal 2015		
	Anteile in %	Anteil in %
Träger		
öffentlich	5,0	4,8
freigemeinnützig	60,7	53,0
privat	33,9	42,2
Größe		
21-50 Plätze	10,3	27,9
51-150 Plätze	82,8	66,1
151 und mehr Plätze	6,9	6,0

DATENGRUNDLAGE:

- anonymisierte, versichertenbezogene Abrechnungsdaten des Jahres 2015 der 11 regionalen AOK Pflege- und Krankenkassen

PFLEGEHEIM:

- Vorliegen eines Pflege-Transparenzberichts („stationär“) und eindeutiges IK
- mehr als 20 AOK-Versicherte in allen Quartalen des Jahres 2015

VERSICHERTE:

- ≥ 60 Jahre
- Leistungen der vollstationären Dauerpflege (§ 43 SGB XI) in mind. einem Quartal 2015 beansprucht

STICHPROBE:

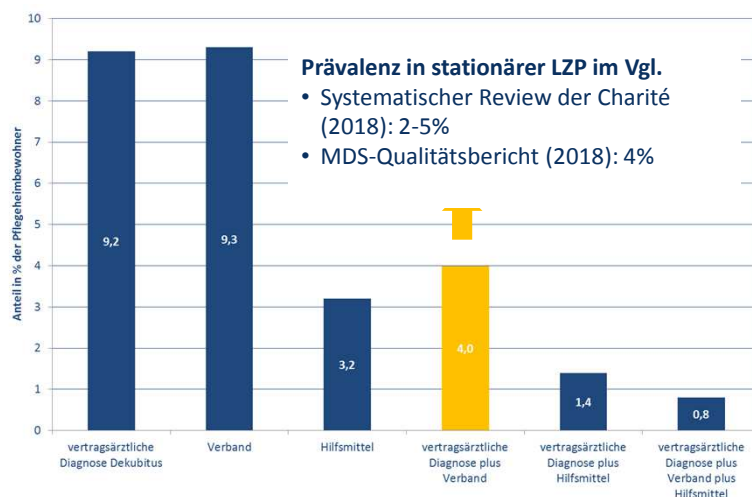
5.622 vollstationäre Pflegeheime, 232.451 Versicherte

50% der Pflegeheime, 31% der stationär Pflegebedürftigen ≥ 60

Erste Zwischenergebnisse des Projekts



Definition der Kennzahl (I)



➔ Aufgriff von Dekubitus allein über ambulante Diagnosen führt zur Überschätzung der Häufigkeit

15

Gesundheitspolitisches Kolloquium 3. Juli 2018

WIdO

Definition der Kennzahl (II)

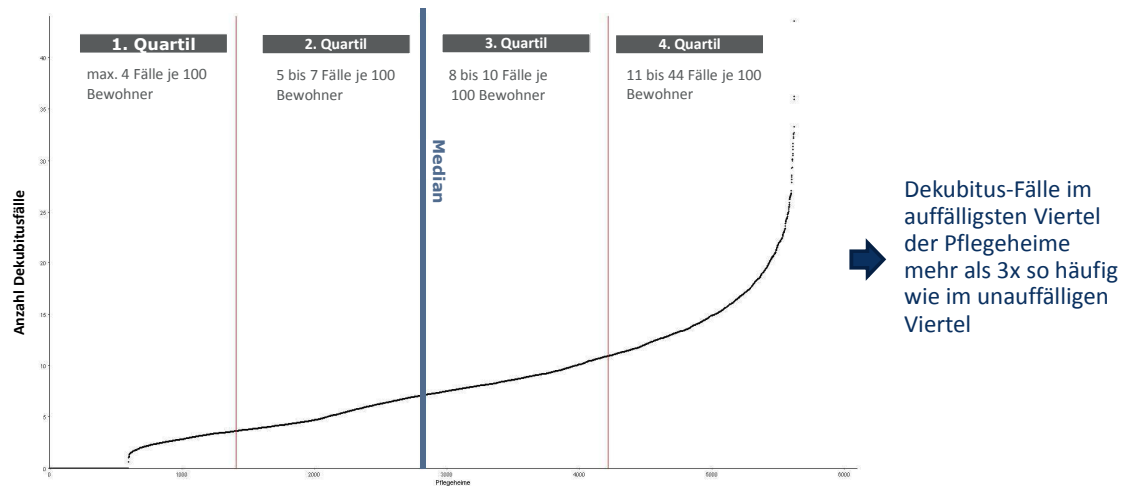
Dekubitusfälle je 100 Bewohner des Pflegeheims im Jahr	
Fall	Dekubitus-Fälle werden je Quartal berechnet. Ein inzidenter Dekubitusfall liegt vor, wenn: <ul style="list-style-type: none"> • ein Bewohner im selben Quartal sowohl mind. eine gesicherte ambulante Dekubitus-Diagnose als auch mind. eine Verordnung von Verbandsmaterial UND <u>keine ambulante Dekubitus-Diagnose und keine Verbandsverordnung und keine stationäre Haupt- oder Nebendiagnose im Vorquartal aufweist.</u>
Zähler	Anzahl der Dekubitus-Fälle im Referenzjahr; je Bewohner max. 2 /Jahr (Quartalbezug und Inzidenzkriterium)
Nenner	Anzahl der aufsummierten Pflegeheimtage aller Bewohner eines Pflegeheimes im Referenzjahr dividiert durch die Anzahl der Tage eines Jahres (365)
Codes	ICD-10: L89*, PZN: Hydroaktive Wundauflagen
Q-Ziel	Keine Dekubitus-Fälle je 100 Bewohner im Jahr
Risiko-adjustierung	

16

Gesundheitspolitisches Kolloquium 3. Juli 2018

WIdO

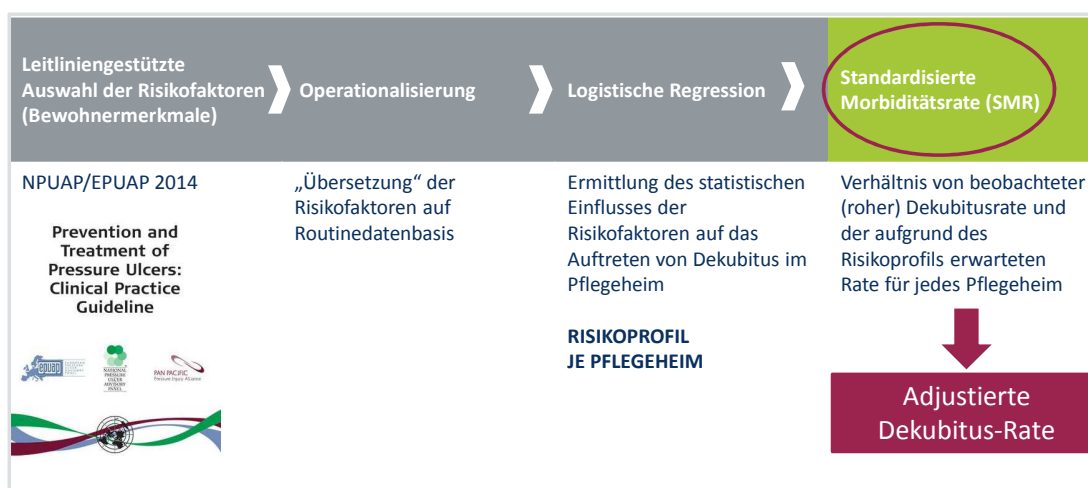
Dekubitusfälle je 100 Bewohner



Dekubitus-Fälle im auffälligsten Viertel der Pflegeheime mehr als 3x so häufig wie im unauffälligen Viertel

5.622 Pflegeheime, sortiert nach Anzahl der Dekubitusfälle je 100 Bewohner im Jahr 2015

Ein fairer Vergleich der Pflegeheime bedarf der Berücksichtigung der dekubituspezifischen Risikostruktur des Heims.



Definition der Risikoadjustierung

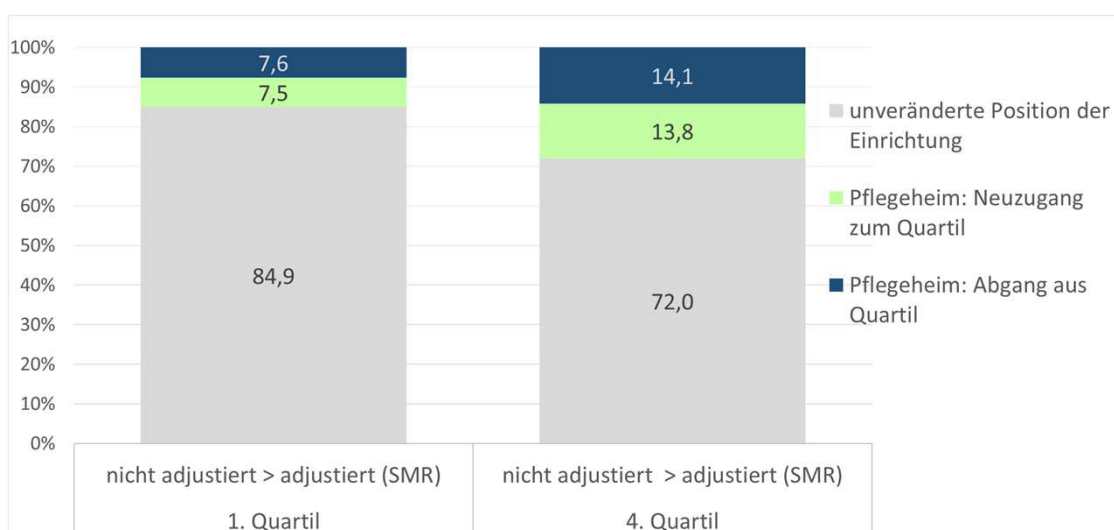
Risikofaktoren Dekubitusgenese	→ Merkmale auf Routinedatenbasis
Alter	Geburtsjahr
Geschlecht	m, w
Diabetes mellitus*	ICD-10-GM: E10, E11, E12, E13, E14
Mobilitätseinschränkungen*	ICD-10-GM: G81, G82, G83, M24, M24.5, M26, M62, M96.8, R26.3, R40, R46, S14, S24, Z74, Z74.0, Z99, Z99.3
Aktivität	subsumiert unter Pflegestufe und Mobilitätseinschränkung
Sensorik/Parkinson*	ICD-10-GM: G20, R20, G50, G60, G61, G62, G63, G64
Malnutrition*	ICD-10-GM: E41, E43, E44, E46, R63.3, R64
Dehydration*	ICD-10-GM: E86
Feuchtigkeit/Inkontinenz*	ICD-10-GM: R32, R39.3, R39.4, R15
Hautzustand	nicht abbildbar
Kategorie I Dekubitus	bereits vorliegende Dekubiti werden ausgeschlossen
vorhandener Dekubitus	bereits vorliegende Dekubiti werden ausgeschlossen
erhöhte Körpertemperatur	nicht abbildbar
eingeschränkte Sauerstoffversorgung	nicht abbildbar
Haut/Durchblutung	nicht abbildbar
Blutwerte: erhöhtes C-reaktives Protein, Lymphopenie, niedriges Albumin und Hämoglobin	nicht abbildbar
ethnische Zugehörigkeit	nicht abbildbar
allgemein schlechter Gesundheitszustand	Pflegestufe I, II, III, III + Härtefälle und eingeschränkte Alltagskompetenz (Demenz) als Surrogat für viele Aspekte wie Mobilität, Aktivität und allgemeiner Gesundheitszustand

19

Gesundheitspolitisches Kolloquium 3. Juli 2018

WIdO

Die Risikoadjustierung des Dekubitus-Indikators bewirkt für die Mehrzahl der Pflegeheime keine erhebliche Veränderung ihrer Ranking-Position.



20

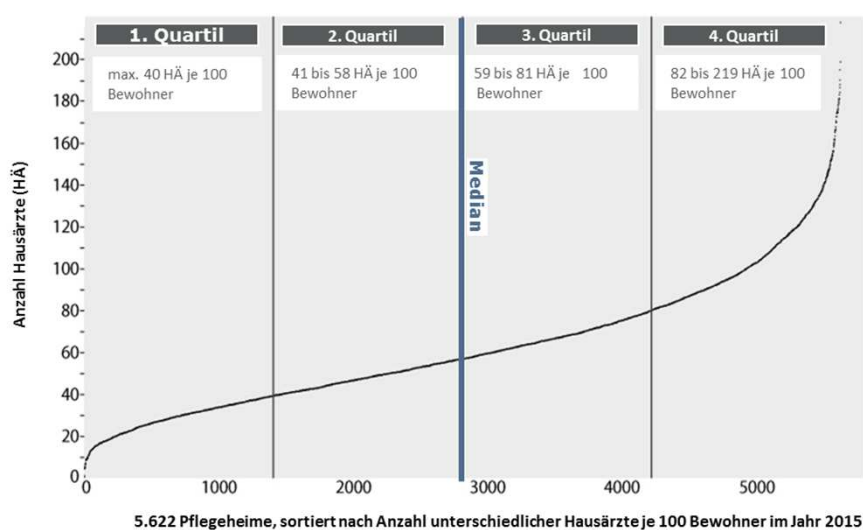
Gesundheitspolitisches Kolloquium 3. Juli 2018

WIdO

Qualitätsindikatoren aus QMPR – Beispiel Dekubitus im Pflegeheim



Anzahl unterschiedlicher Hausärzte je 100 Bewohner



Durchschnittlich 58,5 unterschiedliche Hausärzte je 100 Bewohner im Pflegeheim gewährleisten die Hausarztversorgung.

Anzahl unterschiedlicher Hausärzte je Heim ist Surrogatparameter für organisatorische Defizite

Viele unterschiedliche hausärztliche Akteure im Pflegeheim sind eine Herausforderung ...

hoher Koordinierungsaufwand
für das Personal

- **erschwerte** Umsetzung der gesetzlich intendierten »**kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung** in stationären Pflegeheimen«, bspw. durch feste ärztliche Ansprechpartner (§ 119b Abs. 2 SGB V).

... die zu **Qualitätsproblemen** im Pflegeheimsetting führen können.

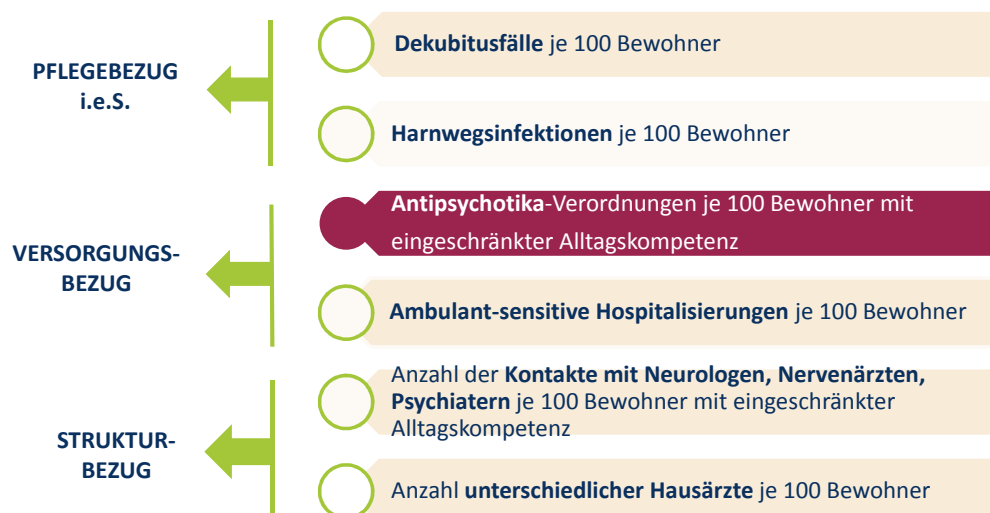
Hinweise, dass verbesserte Kommunikation...

- **ambulant-sensitive Hospitalisierungen vermeidet**, (Bsp.: Berliner Modell)
- **Arzneimittelversorgung verbessert**, (Bsp.: Antipsychotika bei BPSD – siehe InDEMA Projekt)
- Umsetzung von einrichtungsspezifischen ärztlich-pflegerischen Maßnahmen wie **Infektionspräventionskonzepten erleichtert**. (Bsp.: HALT-2-Studie)

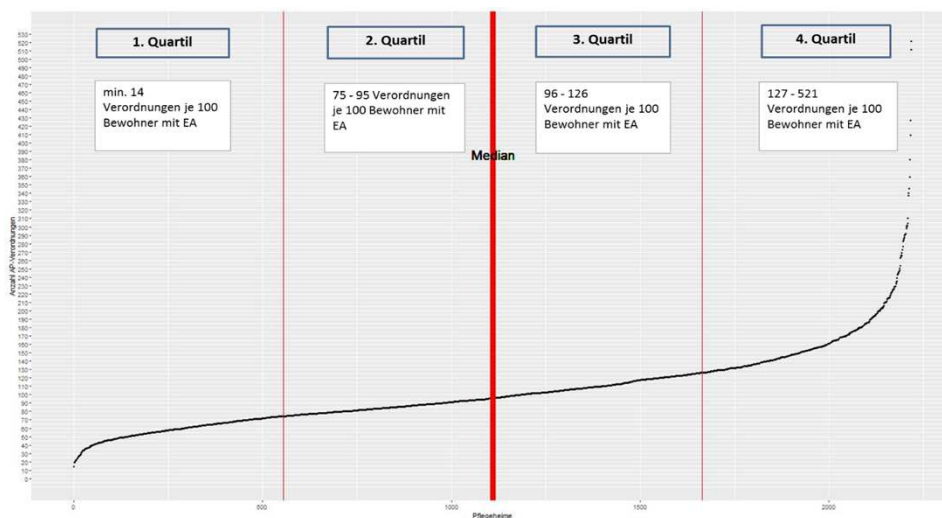


SURROGAT-FUNKTION : Untersuchungen zum Zusammenhang der Anzahl unterschiedlicher Hausärzte im Heim und Qualitätsaspekten erforderlich

Antipsychotika-Verordnungen je 100 Bewohner mit eingeschränkter Alltagskompetenz



Antipsychotika-Verordnungen je 100 Bewohner mit eingeschränkter Alltagskompetenz

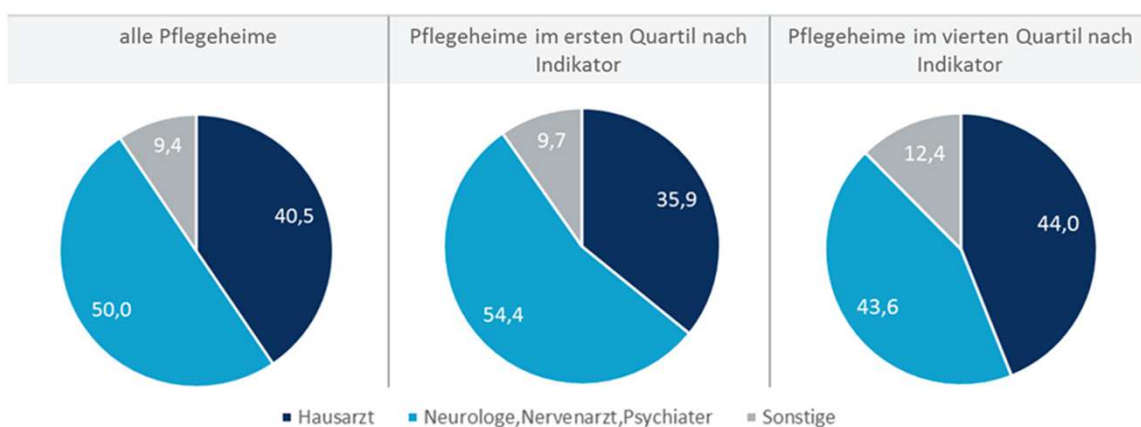


25

Gesundheitspolitisches Kolloquium 3. Juli 2018

WiDO

Hauptverordner bei eingeschränkter Alltagskompetenz



26

Gesundheitspolitisches Kolloquium 3. Juli 2018

WiDO

Zusammenhang von Hauptverordner und Indikator

Hauptverordner je Pflegeheim	Pflegeheime (n)	Indikatorwert: Anzahl (n) der Antipsychotika-Verordnungen pro 100 dementiell 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	72 - 91	92 - 121	122 - 409	98 (45)
Sonstige Fachärzte	209	25 - 74	75 - 107	108 - 143	144 - 521	117 (71)

Kruskal-Wallis-Test bestätigt, signifikanten Effekt; 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.



Hinweise auf Zusammenhang von Fehlversorgung und hausärztlichem vs. fachärztlichem Umfeld; ABER: Risikoadjustierung fehlt



Fazit und Diskussion: Wie weiter?

Fazit aus den bisherigen Analysen und nächste Schritte

Potential

Routinedatenbasierte Qualitätsmessung ist machbar.

Die Versorgung in den Pflegeheimen variiert erheblich – und mit ihr die Qualität.

Grenzen

Limitationen von Sekundärdaten; wenig pflegerelevante Informationen

Nur retrospektive Betrachtungen möglich: Zeitverzug von 1 Jahr

Problem der kleinen Fallzahlen

Nächste Schritte

Ausarbeitung von ca. 20 Indikatoren im Innovationsfond geförderten Projekt QMPR bis April 2021

Entwicklung eines Musterqualitätsberichts zur adressatengerechten Kommunikation

Wie weiter mit der Qualitätssicherung in der Langzeitpflege?

- Welche Qualitätsdimensionen sollen erfasst werden?
 - Soll der sektorübergreifende Blick „gewagt“ werden?
- Wer soll die Qualität maßgeblich steuern bzw. in welchem Zusammenspiel soll dies erfolgen?
 - Die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen durch ihre Wahlentscheidungen?
 - Die Pflegekassen, z. B. im Rahmen der Vergütungsverhandlungen?
 - Eine Aufsicht, z. B. beispielsweise der neue MDK?
- Wie müssen die Instrumente ausgestaltet sein, damit eine solche Steuerung erfolgen kann?
 - Konsequente Ausrichtung der Informationen am Informationsbedürfnis der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen?
 - ...
- Wie ist das System institutionell zu organisieren?
 - Wer gestaltet und verantwortet was?
 - In welcher institutionellen Form wird dies organisiert?



WIdO | Wissenschaftliches
Institut der AOK

Dr. Antje Schwinger
Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)
antje.schwinger@wido.bv.aok.de