

Fachtagung des DiCV Münster – Dülmen, 15. Januar 2016

Indikatorengestützte Beurteilung der Ergebnisqualität in der Langzeitpflege: Stand und Perspektiven in der stationären und ambulanten Versorgung



Dr. Klaus Wingenfeld

**Institut für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld**

Beurteilung von Strukturen und Prozessen:

- A) Werden Anforderungen an den Personaleinsatz und die sachliche Ausstattung eingehalten?**
- B) Werden fachliche Anforderungen bei der Durchführung der Pflege erfüllt?**

Beurteilung von Ergebnissen:

- C) Was bewirkt Pflege beim Bewohner?**
 - Gesundheit und Pflegebedürftigkeit**
 - Lebenssituation**
 - Bewertung der Versorgung durch den Bewohner**

Gesetzliche Anforderungen an die Weiterentwicklung der Qualitätsbewertung

- **Öffentliche Qualitätsberichterstattung, konzentriert auf „Ergebnis- und Lebensqualität“ (2008)**
- **Indikatorengestützte Beurteilung der Ergebnisqualität stationär (2012)**
- **Bekräftigung und Ausweitung des Indikatorenansatzes auf die ambulante Versorgung (2015)**

Probleme mit den Transparenzkriterien

- Keine Qualitätsunterschiede erkennbar
- Teuer
- Keine Ergebnisqualität (nicht nennenswert)
- Stichproben führen zu Verzerrungen
- Versorgungsqualität oder Qualität der Dokumentation?
=> Bessere Noten durch Verbesserung der Dokumentation
- (...)

Keine grundlegende Korrektur mit der Anpassung 2013

Systematisches Problem bei externer Beurteilung von Prozessen

Mögliche Beurteilungsgrundlagen:

- **Beobachtung durch Prüfer**
- **Auskunft des Leistungsnutzers**
- **Auskunft der Mitarbeiter**
- **Schriftliche Aufzeichnungen**

**Neuer Ansatz zur Beurteilung der Ergebnisqualität
in der stationären Altenhilfe**

Verfügbar seit Anfang 2011

Entwickelt im Auftrag des BMG und des BMFSFJ



**Neue Methoden
(„Indikatoren“) &
Empfehlung:**

**Neue Verzahnung
von interner
Qualitätssicherung
und externen Prüfungen**

Wichtige Merkmale des neuen Ansatzes

- **Zentrale Frage: Wie geht es dem Bewohner?**
- **Vergleichende Qualitätsbeurteilung**
- **Keine Stichproben – alle Bewohner**
- **Einrichtungen übernehmen mehr Verantwortung, um aussagekräftige Qualitätsbeurteilungen zu ermöglichen**
- **Pflegende erfassen die Ergebnisse ihrer Versorgung selbst, externe Stellen beurteilen diese Ergebnisse nach vorgegebenen Regeln**

Bereiche der Ergebnisqualität

- 1. Erhalt und Förderung von Selbständigkeit**
- 2. Schutz vor gesundheitlichen Schädigungen und Belastungen**
- 3. Unterstützung bei spezifischen Bedarfslagen**
- 4. Wohnen und hauswirtschaftliche Versorgung***
- 5. Tagesgestaltung und Kommunikation/soziale Beziehungen***

Außerdem: Zusammenarbeit mit Angehörigen*

***Größtenteils erfasst über Befragungen der Bewohner und Angehörigen**

Umsetzung in zwei Projekten in NRW und einem in Niedersachsen

EQ^{MS} – Ergebnisorientiertes Qualitätsmodell Münster (DiCV Münster)

EQisA – Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe (DiCV Köln)

Pflegequalität Hannover (erst seit 2015)

Ab März 2016 zusammen mehr als 300 Einrichtungen in mehreren Bundesländern, insb. in NRW und Bayern

8. Indikatorenerfassung EQMS September 2015: Datenbasis

95 Einrichtungen

Rund 7.100 Bewohner mit Indikatorenerfassung

Rund 1.700 Bewohner ohne Indikatorenerfassung

Erhalt oder Verbesserung der Mobilität

Durchschnittlicher Anteil der Bewohner, deren Mobilität sich innerhalb von 6 Monaten nicht verschlechtert/verbessert hat

(unter Ausschluss anderer Einflüsse)

Unter kognitiv **nicht oder gering**
beeinträchtigten Bewohnern: **80,3%**

Unter kognitiv **erheblich oder schwer**
beeinträchtigten Bewohnern: **48,0%**

(Septembererhebung 2015 im Projekt EQMS)

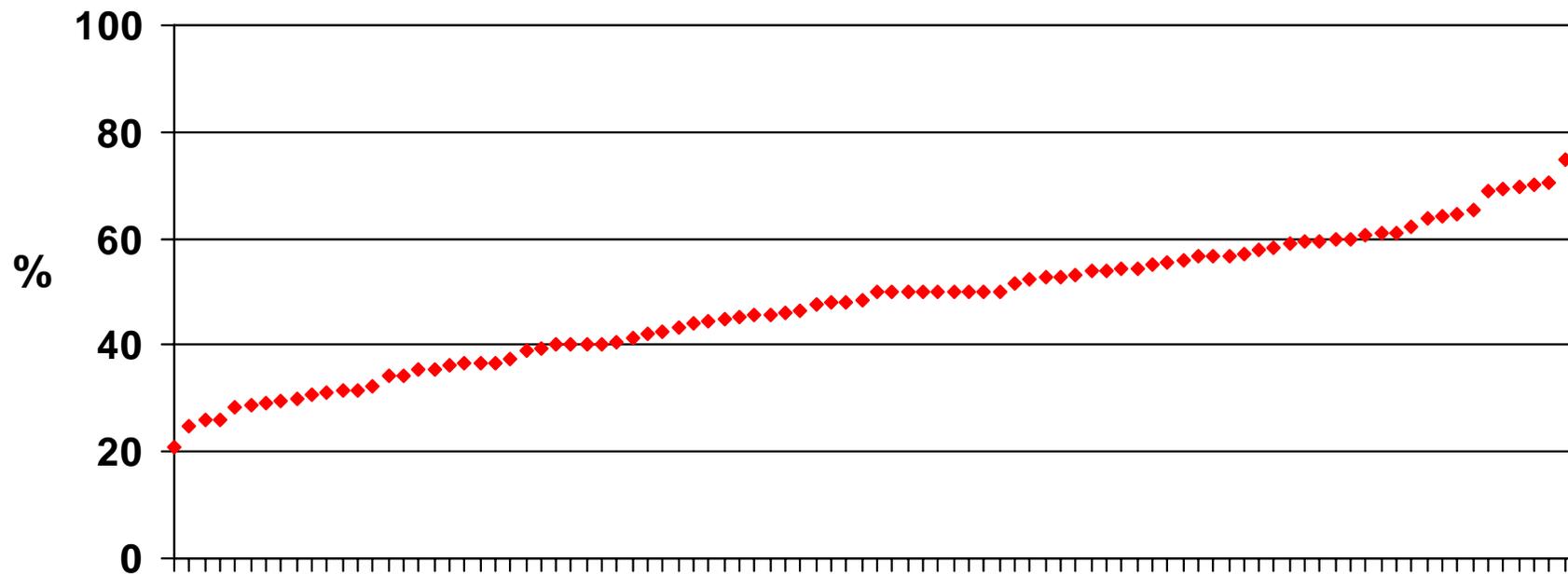
1. Mobilität

0 = selbständig
 1 = überwiegend selbständig
 2 = überwiegend unselbständig
 3 = unselbständig

1.1 Positionswechsel im Bett	<input checked="" type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
1.2 Stabile Sitzposition halten	<input type="checkbox"/> ₀	<input checked="" type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
1.3 Aufstehen aus sitzender Position / Umsetzen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input checked="" type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
1.4 Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input checked="" type="checkbox"/> ₃
1.5 Treppensteigen	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input checked="" type="checkbox"/> ₃

Wiederholung der Einschätzung nach sechs Monaten

Erhaltene oder verbesserte Mobilität: Anteil unter kognitiv beeinträchtigten Bewohnern (6 Monate)



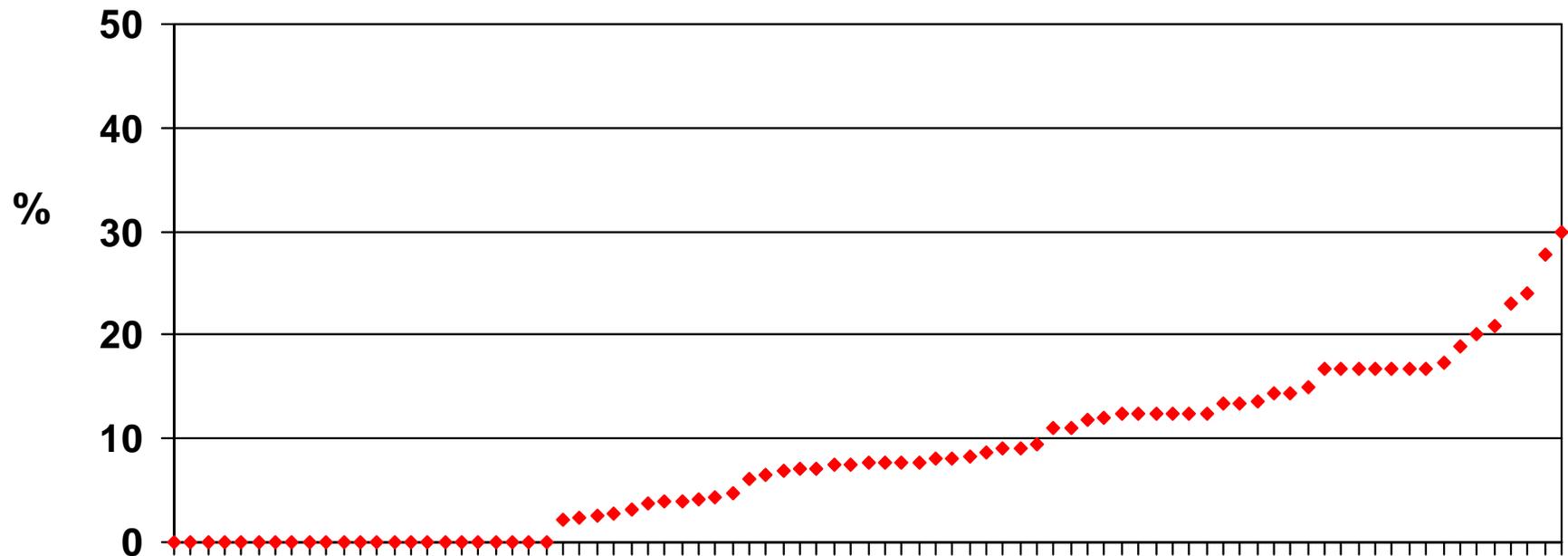
92 Einrichtungen – jeder Datenpunkt stellt ein Einrichtungsergebnis dar

Durchschnittswerte für den Qualitätsbereich 1

(Prozentangaben, 92 Einrichtungen)

1. Erhalt und Förderung der Selbständigkeit	Sept 2015
Mobilität - kognitiv nicht/gering beeinträchtigte Bew.	80,3
Mobilität - kognitiv erheblich/schwer beeinträchtigte Bew.	48,0
Alltagsverrichtungen - kognitiv nicht/gering beeintr. Bew.	85,1
Alltagsverrichtungen - kognitiv erheblich/schwer beeinträchtigte Bew.	55,9
Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	77,0

**Anteil der Bewohner, bei denen in den letzten sechs Monaten ein Dekubitus entstanden ist
(Bei hohem Risiko: Bewohner mit Mobilitätsbeeinträchtigungen)**



Dekubitusentstehung (6 Monate)

In der Einrichtung erworbener Dekubitus (Grad 2 - 4) Bewohner mit geringem Risiko	1,5 %
In der Einrichtung erworbener Dekubitus (Grad 2 - 4) Bewohner mit hohem Risiko	8,0 %

Nur ein Kriterium für die Risikogruppenunterscheidung:

2.1 Positionswechsel im Bett



0



1

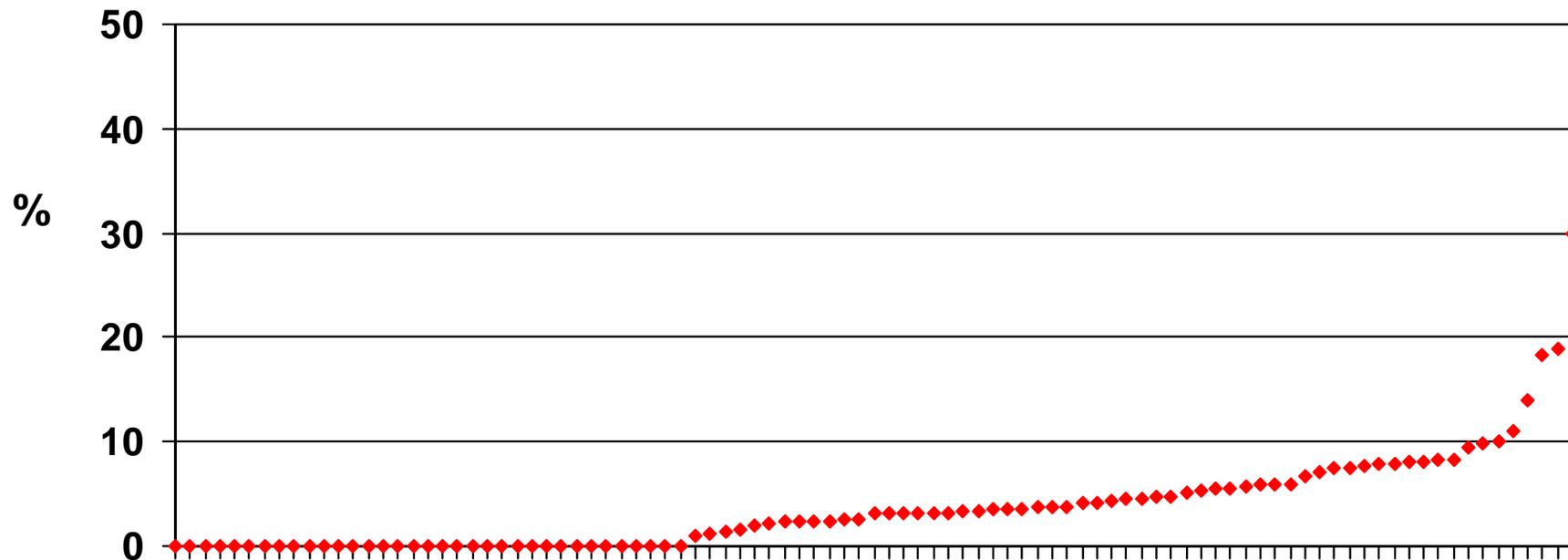


2



3

Anwendung von Gurten in den letzten 4 Wochen (nur Bewohner mit kognitiven Beeinträchtigungen)

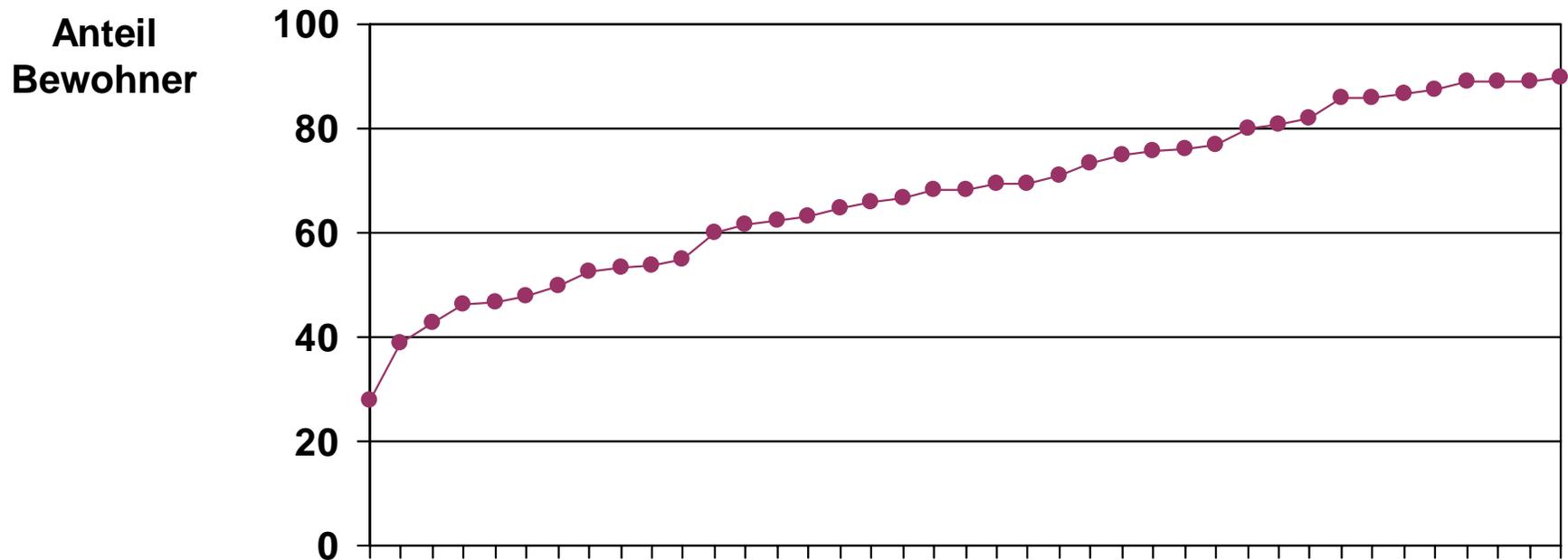


Mittlerer Zeitaufwand je Bewohner:

Aktuell: 15,7 Minuten je Bewohner

Sept 2014: 22 Minuten

Bewohnerbefragung: „Schmeckt Ihnen das Mittagessen hier gut“?



Beispiel, Vergleich von
39 Einrichtungen

Qualitätsberichte für Einrichtungen mit Übersicht über die Wohnbereichsergebnisse

Projekt **EQ^{MS}**

Ergebnisorientiertes Qualitätsmodell Münster

in Kooperation zwischen

dem Caritasverband für die Diözese Münster e.V.

und dem Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld

Interner Qualitätsbericht

Qualitätserfassung im September 2015

Einrichtung EQMS 115

Ausblick für EQMS-Einrichtungen

- **Veränderte Instrumente ab März**
- **Zusätzliche Kennzahlen in den Berichten ab März**
- **Veränderte Bewertungsregeln bei der Indikatorenberechnung (statistische Adjustierung)**
- **Testung neuer Formen der externen Prüfung**
- **Workshops für Nutzer der Indikatoren**

**Wie kann die Erfassung und Beurteilung
von Ergebnisqualität im Regelbetrieb
organisiert werden?**

Konzeptionelle Überlegungen

- Eine indikatorengestützte Beurteilung von Ergebnisqualität für Personengruppen setzt die Einbeziehung aller Bewohner voraus (bis auf definierte Ausnahmen).
- Deshalb: Datenerfassung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements.
- Aber: Reine Selbstevaluation wäre nicht zu befürworten, wenn die Beurteilung eine Außenwirkung haben soll.
- Neues Zusammenspiel zwischen internem Qualitätsmanagement und externen Prüfungen

Mögliches Vorgehen

Regelmäßige Erfassung der Ergebnisse in der Einrichtung:

- Einschätzung der Selbständigkeit, Gesundheit etc. (alle 6 Monate)

Bewertung durch eine neutrale, externe Stelle:

- Vergleichende Beurteilung nach vorgegebenen Kriterien

Externe Kontrollen:

- Wie bisher durch einen externen Prüfdienst, aber mit modifiziertem Auftrag: Plausibilitätskontrolle und Beratung

Fragen im Zusammenhang mit externen Prüfungen

- **Erfolgte die Ergebniserfassung durch die Einrichtungen methodisch korrekt?**
- **Ist sie fachlich nachvollziehbar? (z.B. Mobilitätseinschätzung)**
- **Wie können Einrichtungen mit schlechter Ergebnisqualität beratend unterstützt werden, um sich zu verbessern?**
- **Wann und in welchen Bereichen ist ergänzend eine Beurteilung von Prozessen und Strukturen erforderlich?**
- **Sind jährliche Prüfungen bei guter Ergebnisqualität noch erforderlich?**

Langwierige Verhandlungen der Vertragspartner auf der Bundesebene...

PSG II: Qualität und Qualitätsberichte

- **Abschaffung der Transparenzberichte in der bisherigen Form**
- **Betonung der Ergebnisqualität: Verpflichtung, ein indikatorengestütztes Verfahren zur Beurteilung von Ergebnisqualität einzuführen.**
- **Basis: Ergebnisse des im Auftrag des BMG und BMFSFJ durchgeführten Projekts**

PSG II:

- **Ermahnung der Vertragsparteien in der Selbstverwaltung**
- **Insgesamt ein deutliches Signal: „Beurteilung der Ergebnisqualität zügig umsetzen!“ Instrumentarium stationär bis März 2017**
- **„Qualitätsdarstellungsvereinbarung“**
- **Keine „Institutslösung“ – Qualitätsausschuss und „Geschäftsstelle“**
- **Ergebnisqualität im ambulanten Bereich: Sportliche Vorgaben (Instrumente bis Mitte 2017, Konzeption bis Mitte 2018)**

Was ist mit der ambulanten Pflege?

- **Bereits im BMG-Projekt 2009/2010 stets ein Hintergrundthema**
- **Jetzt: ambulante Indikatoren explizit im Gesetz**
- **Aber:**
 - a) gänzlich andere Rahmenbedingungen**
 - b) weit weniger konzeptionelle Ideen oder Vorbilder**

Ambulante Pflege und Ergebnisqualität

- **Auftrag?**
- **Überlagerung durch Einfluss der Angehörigen?**
- **Häufigkeit des Pflegeeinsatzes?**
- **SGB XI: Nur Hilfen bei Alltagsverrichtungen?**
- **Verschränkung SGB XI und SGB V im praktischen Handeln**

Ab Januar 2016:

Projekt „Förderung der Ergebnisorientierung in der ambulanten Pflege“, gefördert von der Stiftung Wohlfahrtspflege NRW

In Kooperation mit

- **Paritätischer Wohlfahrtsverband NRW**
- **Caritasverband für die Diözese Münster e.V.**
- **Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e.V.**

Vorarbeiten

- **Strukturen der ambulanten Pflege und Sichtweisen der Pflegenden zu Pflegeergebnissen:
Empirische Studie und konzeptionelle Vorüberlegungen mit der Paritätischen Qualitätsgemeinschaft Ambulante Pflege**
- **Aufarbeitung bisheriger Vorschläge zu ambulanten Ergebnisindikatoren**

Angestrebte Ergebnisse

- **Handlungskonzept mit Arbeitshilfen und Instrumenten zur Ergebniserfassung**
- **Erkenntnisse über Möglichkeiten und Anforderungen der qualitativen Weiterentwicklung ambulanter Pflege**
- **Ideen zur Formulierung neuer Leistungsbeschreibungen**
- **Methoden zur indikatorengestützten Beurteilung von Ergebnissen in der ambulanten Pflege**

NBA als gemeinsame fachliche Basis für mehrere Verwendungszwecke

- **Begutachtung / Feststellung von Leistungsansprüchen**
- **Erfassung von Pflegeergebnissen zur Qualitätsbeurteilung**
- **Bedarfsklassifikation für die Personalbemessung in Heimen**
- **Pflegerische Einschätzung im Rahmen des Pflegeprozesses**
- **Informationsgrundlage für ein Fallmanagement**
- **Ggf. auch Funktion in der individuellen Hilfeplanung**

Fazit

- **Neue Basis zur Steuerung von Qualitätssicherung und -entwicklung**
- **Grundlage, um die Entwicklung des Versorgungssystems realistisch einzuschätzen**
- **Aufwertung des internen Qualitätsmanagements, mehr Verantwortung der Einrichtungen**
- **Qualitative Weiterentwicklung externer Prüfungen**
- **Neue Möglichkeiten für die Qualitätsberichterstattung**
- **Chancen, die Träger der Fachlichkeit in den Einrichtungen zu halten**

**Danke für Ihre
Aufmerksamkeit!**

www.uni-bielefeld.de/IPW

