

Anforderungen an ein sektorenübergreifendes Qualitätsverständnis in der stationären Altenpflege

Björn Broge, Constance Stegbauer, Rebekka Woitzik und Gerald Willms

© Der/die Autor(en) 2018
K. Jacobs et al. (Hrsg.), *Pflege-Report 2018*
https://doi.org/10.1007/978-3-662-56822-4_12

Zusammenfassung

Mit der geplanten Einführung von Indikatoren zur Messung der Versorgungsqualität wird ein neuer Weg der Qualitätssicherung in der stationären Altenpflege beschritten. Gemessen werden zukünftig bewohnerrelevante Versorgungsergebnisse. Allerdings sind die Indikatoren im sektoralen Verständnis alleiniger pflegerischer Verantwortung für die Versorgung konzipiert, d. h. eine möglicherweise angemessene gemeinsame Betrachtung medizinischer und pflegerischer Aspekte ist derzeit (noch) nicht angedacht. Der Beitrag thematisiert einerseits die Relevanz medizinischer Versorgungsaspekte für Pflegeheimbewohner und diskutiert andererseits, auf Grundlage von Erfahrungen im SGB V-Bereich, grundlegende Problematiken, die mit der Einführung indikatorengestützter, sektorenübergreifender Qualitätsmessungen zusammenhängen.

The implementation of indicators for measuring the quality of care is breaking new ground in quality assurance of inpatient nursing care for the elderly in Germany. In the future, care outcomes relevant to nursing home residents will be measured. However, the indicators were designed in a sectoral understanding of a sole nursing responsibility for care, thus leaving the – possibly appropriate – joint consideration of both medical and nursing care aspects a desideratum for the future. The paper discusses on the one hand the relevance of medical aspects of care for residents of nursing homes and on the other fundamental problems in introducing indicator-based, cross-sectoral quality measurements on the basis of experience in the SGB V (German Social Code, Book Five) area.

12.1 Ausgangslage

Ebenso wie in anderen Feldern der Gesundheitsversorgung sind auch im Bereich der Pflege große Anstrengungen des Gesetzgebers zur Weiterentwicklung der Qualität zu beobachten. Mit dem Qualitätsausschuss gemäß § 113b SGB XI werden dabei vom Ansatz her ähnliche Strukturen wie im SGB V geschaffen. Ebenso ist dort nun auch ein

Einsatz von Indikatoren für die Messung der Qualität in der stationären Altenpflege geplant (§ 113, Abs. 1a SGB XI). Während im SGB V allerdings eine sektorenübergreifende Herangehensweise gefordert wird (§ 137a, Abs. 3 SGB V), ist hiervon in Bezug auf die stationären Altenpflege im SGB XI-Bereich nicht die Rede.

Dabei ist die Ausgangslage der Qualitätssicherung in der stationären Altenpflege noch kom-

plexer: Im Regelungsbereich des SGB V verläuft die Sektorengrenze vor allem zwischen stationärer und ambulanter medizinischer Versorgung. Bereits hier sind Übergänge zwischen den beiden Systemen, z. B. aufgrund unterschiedlicher Vergütungssysteme, eine wesentliche Ursache von Versorgungsproblemen, obwohl beide Systeme dem gleichen gesetzlichen Rahmen unterliegen. In der stationären Altenpflege kommt nun ein weiterer Sektor mit einem anderen gesetzlichen Regelungsrahmen (SGB XI) hinzu. Vor dem Hintergrund, dass die medizinische Versorgung ein elementarer Baustein der Versorgung pflegebedürftiger Menschen ist und eine Reihe von Überschneidungen zwischen pflegerischen und medizinischen Tätigkeiten bestehen, verwundert es zumindest, dass ein rein sektorbezogener Ansatz zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der stationären Altenpflege gewählt wurde. Daher soll zunächst etwas genauer betrachtet werden, ob und wie die Qualitätssicherung in der stationären Altenpflege strukturiert ist und welche aktuellen Entwicklungen geplant sind.

■ Einbeziehung von Ergebnissen in die Qualitätsbetrachtung

Bisher, d. h. seit nunmehr weit über 15 Jahren, fokussiert die Qualitätssicherung in der Pflege allein auf Struktur- und Prozessqualität. Eine solche Betrachtungsweise hat zunächst den Vorteil der Klarheit: Jeder Leistungserbringer kann sofort erkennen, was von ihm erwartet wird. Eine leistungserbringer- oder gar sektorenübergreifende Betrachtung ist in diesem Fall nicht notwendig, um die Qualität zu beurteilen. Umgekehrt hat sich die übermäßige Fokussierung auf Vorgaben für Strukturen und Prozesse als Sackgasse erwiesen. Zum einem ist es nicht möglich, für alle in unterschiedlichen Situationen auftretenden Anforderungen notwendige Lösungsschritte vorab zu definieren, zum anderen kann der Versuch, dies dennoch und möglichst umfassend zu erreichen, dazu führen, dass die eigentlichen Versorgungsziele außer Acht geraten und die handelnden Personen demotiviert werden. Nicht zuletzt diese Erkenntnis hat dazu geführt, dass in der Pflege mit der geplanten Einführung der sogenannten »Wingenfeld-Indikatoren« erstmals auch die Ergebnisqualität in stationären

Langzeitpflegeeinrichtungen gemessen werden soll (Wingenfeld et al. 2011).

Ein überaus positiver Effekt der Einbeziehung von Ergebnissen in die Qualitätsbetrachtung ist, dass nun die Bewohner stärker in den Fokus der Qualitätsbetrachtung gestellt werden können (vgl. hierzu z. B. das Konzept der »Value Based Healthcare« (Porter und Teisberg 2006; Putera 2017)).

Die angestrebte Abbildung von Versorgungsergebnissen durch die geplanten Indikatoren ist also sehr gut nachvollziehbar. Allerdings ist sie nur dann wirklich angemessen, wenn damit auch die wesentlichen Qualitäts- oder Versorgungsprobleme aus Bewohnersicht abgebildet werden können – und eben dies ist im Zusammenhang mit der Einführung der indikatorengestützten Qualitätsmessung in der Pflege kritisch zu beleuchten.

In diesem Kontext soll nachfolgend zunächst Bezug genommen werden auf die Relevanz der medizinischen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen. Auf dieser Grundlage wird die Forderung nach einer sektorenübergreifenden, d. h. die medizinische und pflegerische Versorgung übergreifenden Qualitätsbetrachtung in der Pflege abgeleitet. Basierend auf den Erfahrungen der gesetzlich verpflichtenden Qualitätssicherung im Bereich des SGB V werden Herausforderungen und Hemmnisse auf dem Weg zu einer sektorenübergreifenden Betrachtung dargelegt. Dabei werden mögliche Lösungsansätze skizziert.

12.2 Schnittstellen der medizinischen und pflegerischen Versorgung

Pflegebedürftige Menschen sind zumeist nicht nur in ihrer Selbstständigkeit beeinträchtigt, sondern sie leiden oft an verschiedenen, zum Teil chronischen Erkrankungen. Diese Kombination macht eine kontinuierliche medizinische Versorgung durch verschiedene Ärzte notwendig, gleichzeitig erschweren erhebliche körperliche und psychische Beeinträchtigungen die eigenständige Inanspruchnahme von ambulanter ärztlicher Versorgung oder notwendigen Therapien.

Pflegebedürftige in stationären Altenpflegeeinrichtungen leiden häufig an Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems (> 70 %), des Urogenital-

systems (> 50 %), des Nervensystems (≥ 40 %) und an muskuloskelettalen Erkrankungen (≥ 50 %). Psychische Erkrankungen haben unter Pflegebedürftigen ebenfalls eine hohe Prävalenz (> 60 %) (Balzer et al. 2013). Weitere Gesundheitsprobleme wie Mangelernährung, Ernährung mittels einer PEG-Sonde (5 bis 10 %), Stuhl- oder Harninkontinenz (70 bis 80 %) und Obstipation (30 bis 40 %) gehen ebenfalls oft mit einem medizinischen Handlungsbedarf einher (Balzer et al. 2013). Der hohe medizinische Versorgungsbedarf zeigt sich besonders deutlich in der Verordnung von Medikamenten. So nehmen fast 60 % der Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen mehr als fünf wirkstoffverschiedene Medikamente ein (Kleina et al. 2017; Schwinger et al. 2017) und fast 20 % der verordneten Medikamente stehen auf der PRISCUS-Liste (Schwinger et al. 2017), sie sind also für ältere Menschen potenziell ungeeignet und sollten dementsprechend nur unter sehr strenger Indikationsstellung verordnet werden.

Die medizinische Versorgung von Pflegebedürftigen ist also ein wesentlicher Teil der Versorgung, der in der Pflege berücksichtigt werden muss und entscheidend zur Qualität der Versorgung beitragen kann. Die medizinische Versorgung wird aber im SGB V geregelt und durch die Krankenversicherungen finanziert. Mit dieser anderen gesetzlichen Grundlage und dem anderen Kostenträger liegt die Verantwortung für die medizinische Versorgung und deren Qualität bei anderen Entscheidungsträgern als die Verantwortung für die pflegerische Versorgung.

■ Probleme an der Schnittstelle von pflegerischer und medizinischer Versorgung

Wesentlich für eine gute medizinische Versorgung von Pflegebedürftigen ist zunächst die primärärztliche Versorgung, die aber mit der pflegerischen Versorgung Hand in Hand gehen muss. Allerdings sind Heimbesuche für niedergelassene Ärzte nicht sonderlich attraktiv (Bleckwenn et al. 2017) – sei es, weil hier ein vergleichsweise hoher Aufwand für die Patienten erforderlich ist, der nicht gesondert vergütet wird, oder weil die Organisation von Heimbesuchen schwierig ist und Spontanbesuche kaum möglich sind. Auch die Heime leiden darunter, dass die ärztliche Versorgung unter den gegebenen Bedingungen, d. h. unter der zuweilen unüberschau-

baren Menge beteiligter medizinischer Versorger, die sich im schlechtesten Fall für jeden Bewohner individuell darstellt, kaum zu koordinieren ist – was auch von der ärztlichen Seite bemängelt wird (Bleckwenn et al. 2017). Überlastungen und knappe personelle Ressourcen, zumal an fachlich qualifiziertem Personal, tun auf der Seite der Heime ein Übriges (Specht-Leible et al. 2003).

Es wundert daher nicht, dass besonders die Versorgung durch Fachärzte in verschiedenen Studien als problematisch beschrieben wird (Balzer et al. 2013; Kleina et al. 2017; Laag et al. 2014; Schwinger et al. 2017). In einem viel zitierten HTA wird Unter- und Fehlversorgung von Pflegeheimbewohnern hinsichtlich ungenauer Diagnostik demenzieller Erkrankungen, Unterversorgung mit Antidementiva, Fehlversorgung mit Psychopharmaka (insbesondere Neuroleptika), Unterversorgung mit Heilmitteln und hinsichtlich regelmäßiger augenärztlicher Untersuchungen bei Patienten mit Diabetes mellitus festgestellt (Balzer et al. 2013).

Die Probleme einer unzureichenden primärärztlichen Versorgung zeigen sich auch an der Schnittstelle zum stationären Sektor: Einweisungen akut erkrankter Bewohner durch das Pflegeheim ins Krankenhaus erscheinen nicht immer nötig und in einigen Fällen auch im Vorfeld vermeidbar. Vor allem die Notfallversorgung von pflegebedürftigen Menschen ist in den letzten Jahren zunehmend in den Fokus gerückt (Groening et al. 2017). Ursächlich dafür scheint u. a. die anderweitig geführte Debatte um die überfüllten Notaufnahmen der Krankenhäuser, in denen sehr stark in ihrer Selbstständigkeit eingeschränkte, insbesondere auch demente Patienten eine besondere Herausforderung darstellen (Groening et al. 2017; Singler et al. 2016). Beispielsweise werden geriatrische Patienten, die in Notaufnahmen vorstellig werden, häufiger hospitalisiert (Singler et al. 2016), haben aber oftmals deutlich geringere Liegezeiten (vgl. die Hinweise bei Bienstein et al. (2015) und Kada et al. (2011)). Ebenso gibt es Hinweise darauf, dass zu viele Bewohner in der letzten Lebenswoche bzw. in der Sterbephase noch in ein Krankenhaus überwiesen werden (Ramroth et al. 2006; Wiese et al. 2016) – auch dies ist eine Problematik, die sich im Zusammenhang mit Notfallsituationen nochmals verschärft darstellt (Heppner et al. 2015).

Der kursorische Überblick zeigt, dass die Versorgung von Pflegebedürftigen und damit letztlich auch die Beurteilung der Qualität der Versorgung grundsätzlich als sozialleistungsträgerübergreifende Aufgabe wahrzunehmen ist. Dementsprechend sollten Indikatoren entwickelt und etabliert werden, die die Ergebnisse des gemeinsamen medizinisch-pflegerischen Versorgungshandelns messen.

■ Die sektorale Problematik in der Qualitätssicherung

Obwohl die vorstehend beschriebenen sektorenübergreifenden Qualitätsprobleme aus Sicht der Pflegeheimbewohner gravierend sein können, finden sie bisher weder in der Qualitätssicherung des SGB V noch des SGB XI explizit Berücksichtigung. Und auch mit der Einführung der Wingenfeld-Indikatoren werden letztlich keine sektorenübergreifenden Versorgungsergebnisse gemessen, sondern ausschließlich die Qualität der pflegerischen Versorgung – exklusive der medizinischen Versorgung.

Begründbar ist eine enge Fokussierung sektoraler Qualitätsbetrachtungen unter den systemischen Voraussetzungen sektoraler Eigenständigkeit – und damit einer Sichtweise, die zumindest im Bereich der medizinischen Versorgung, also im SGB-V-Bereich, zum tradierten Selbstverständnis der Leistungserbringer gehört. Diese sektorale Trennung zwischen ambulant und stationär ist tief in das Versorgungssystem eingebannt: eigenständige Versorgungssettings, eigenständige (rechtliche) Grundlagen und Verantwortlichkeiten, eigenständige Vergütungs- und Abrechnungssysteme usw. (Willms et al. 2013). Zwar hat der Gesetzgeber 2007 mit Blick auf patientenbezogene Behandlungsergebnisse eine Neuausrichtung der Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung in Richtung sektorenübergreifender Betrachtungen in Gang gesetzt, aber faktisch müssten auch die genannten systemischen Voraussetzungen reformiert werden, damit dies erfolgreich umgesetzt werden kann. Solange beispielsweise »Krankenhausplanung« eigenständig bleibt und nicht zugleich auch sektorenübergreifende regionale Versorgungsplanung ist, die mit entsprechenden regionalen Verantwortlichkeiten sowie mit rechtlichen und finanziellen Reformen einhergeht, kann sich auch keine sektorenübergreifende Qualitätssicherung etablieren. D. h.

auch gut zehn Jahre nach der gesetzlichen Einführung sektorenübergreifender Versorgungsperspektiven bleiben die Qualitätsmessungen auf sektorale Verantwortlichkeiten von Leistungserbringern bzw. einzelne Einrichtungen fokussiert, was dazu führt, dass längerfristige Ergebnisbetrachtungen im SGB-V-Bereich, allen sektorenübergreifenden Willensbekundungen zum Trotz, noch immer selten sind.

Auch die Qualitätssicherung in der stationären Altenpflege fokussiert bisher die Leistung von einzelnen Einrichtungen und damit vorrangig Struktur- und Prozessqualität. Mit der geplanten Einführung von Indikatoren zur Messung von Versorgungsergebnissen ist analog zur Problemstellung im SGB-V-Bereich zu fragen, ob die sektorale, d. h. hier allein die pflegerische Versorgung betreffende Perspektive ausreichend ist, um die Qualitätsprobleme der Versorgung von Pflegebedürftigen zu adressieren. Dies ist mit Verweis auf die bereits genannten Schnittstellen zur medizinischen Versorgung zweifelhaft: Der Rückzug der Qualitätssicherung auf Aspekte, die möglichst vollständig der pflegerischen Verantwortung unterliegen, führt für pflegebedürftige Menschen dazu, dass wichtige Aspekte ihrer Versorgungsqualität erst gar nicht betrachtet werden.

Tatsächlich wurde für die gesetzlich verpflichtende Qualitätssicherung in der Pflege die Messung einer sektorenübergreifenden – d. h. also die pflegerische und die medizinische Versorgung übergreifenden – Qualität nicht einmal angedacht. Dies spiegelt sich bereits im Entwicklungsbericht zu den Wingenfeld-Indikatoren wider. Hier reicht bereits der Verdacht, dass ein Ergebnis bestimmter, auch sehr pflegesensitiver Indikatoren nicht allein von einer Pflegeeinrichtung zu verantworten ist, als Ausschlussgrund. Allerdings geht aus dem Bericht hervor, dass diese Beschränkung auch auf eine Erwartungshaltung der Auftraggeber zurückgeht (Wingenfeld et al. 2011, S. 15f) – einen im engeren Sinne wissenschaftlichen Grund gibt es dafür nicht.

12.3 Herausforderungen einer sektorenübergreifenden Betrachtung

So wichtig und richtig eine sektorenübergreifende Betrachtung der Versorgungsqualität für Pflegebedürftige ist, so schwierig wird deren Umsetzung sein. Nachfolgend soll auf Basis der Erfahrungen im Bereich des SGB V angedeutet werden, wo hier die Kernprobleme liegen. Ausgangspunkt der Überlegungen ist, dass eine sektorenübergreifende Betrachtung die Messung von Ergebnissen zumindest dann erfordert, wenn es sich um eine komplexe Qualität handelt, die nicht allein durch das Handeln einzelner Personen oder Einrichtungen verantwortet werden kann. Hinzu kommt, dies sei am Rande bemerkt, dass »Ergebnisse« für Patienten oder Bewohner im Regelfall relevanter, aussagekräftiger und besser verständlich und damit auch geeigneter zur öffentlichen Qualitätsdarstellung sind, wenn mit letzterer bezweckt ist, dass dadurch bewusst Auswahlentscheidungen beeinflusst werden sollen.

Insofern geht es also darum, den in der Pflege begonnenen Weg einer Implementierung und Weiterentwicklung der Ergebnismessung gut zu heißen, aber auch konsequent weiter zu beschreiten. Hier sind nicht nur messmethodische Probleme anzugehen (z. B. Auswahl der Datenquellen, statistische Methoden), sondern es ist auch zu fragen, wie mit den Ergebnissen umgegangen werden soll und ob die gegenwärtig dabei beschrittenen Wege im Sinne einer Förderung der bestmöglichen Versorgungsqualität für Bewohner überhaupt erfolgreich sein können.

■ Externe Qualitätssicherung im Bereich des SGB V

Im Bereich des SGB V existieren verschiedene Maßnahmen zur Qualitätssicherung (vgl. §§ 135 ff. SGB V). Nachfolgend wird die externe, datengestützte Qualitätssicherung auf Grundlage von § 137a SGB V genauer betrachtet, weil hier viele Parallelen zu den Entwicklungen im Bereich der Pflege zu erkennen sind. Ihren Ursprung hat diese im Bereich der stationären Versorgung im Jahr 2001. Seit 2004 unterliegt sie dem Regelungsbereich des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).

Sie betrifft im stationären Bereich alle an der Regelversorgung teilnehmenden Krankenhäuser und umfasste zunächst zehn Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren), also im Regelfall medizinische Prozeduren, deren Durchführungsqualität in den klassischen Qualitätsdimensionen (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) gemessen und abgebildet wurde. Gegenwärtig werden 266 Indikatoren in 26 QS-Verfahren erhoben und dargestellt. Die Datengrundlage der Qualitätssicherung wird von den gegenwärtig bundesweit gut 1.550 Krankenhäusern selber erstellt. Neben etwa 2,5 Millionen speziell für die Zwecke der Qualitätssicherung erfassten Dokumentationen stationärer Behandlungsfälle (von insgesamt etwa 20 Millionen) werden automatisierte Statistiken über die Zahl der insgesamt pro Haus behandelten Fälle und über die durchschnittliche Schwere der Behandlungsfälle eines Hauses (Risikostatistik) erhoben. Die Daten selber unterliegen einem aufwendigen Qualitätssicherungsprozess, der unter anderem stichprobenhafte Vor-Ort-Prüfungen in den Häusern umfasst (IQTIG 2017).

Auf Grundlage der erhobenen Daten werden einmal jährlich Berichte auf Ebene der Häuser, Länder und auf Bundesebene erstellt. Häuser, deren Werte außerhalb eines festgelegten Referenzbereichs liegen, werden in den so genannten Strukturierten Dialog einbezogen. Die Referenzbereiche der Indikatoren in den einzelnen QS-Verfahren werden von verschiedenen Gruppen, bestehend aus Fachexperten, jährlich auf ihren Aktualisierungsbedarf hin überprüft. Nur für wenige Indikatoren (etwa 10 % der 266 Indikatoren) ist es dabei allerdings möglich, leitlinienbasierte, trennscharfe Werte zwischen guter und schlechter Qualität zu definieren. Für die meisten Indikatoren wird daher auf Basis empirischer Verteilungsmerkmale (Perzentilwerte) festgelegt, welche Häuser in den strukturierten Dialog einbezogen werden. Die Entscheidung, ob beispielsweise die 5 % oder die 10 % der Häuser mit den schlechtesten Ergebnissen zu einem Indikator in den strukturierten Dialog gehen sollen, hängt unter anderem davon ab, als wie schwerwiegend ein Qualitätsproblem eingeschätzt wird und wie viele Häuser dann in den strukturierten Dialog einbezogen werden müssten.

Der strukturierte Dialog selber besteht zumeist aus einem Hinweis oder der Anforderung einer

schriftlichen Stellungnahme. Sofern es hierdurch nicht abschließend möglich ist, die Gründe für die Auffälligkeit zu klären, können Vertreter des Krankenhauses zu einer Besprechung mit den Fachexperten auf Bundesebene eingeladen werden oder es wird eine Begehung der Häuser durchgeführt (im Jahr 2016 fanden insgesamt 282 solcher Besprechungen und 19 Begehungen bei insgesamt 15.858 statistischen Auffälligkeiten statt (IQTIG 2017)). Werden Qualitätsprobleme identifiziert, so wird eine Zielvereinbarung erstellt. Im Jahr 2016 wurden auf diese Weise insgesamt 1.121 Zielvereinbarungen erstellt (IQTIG 2017). Nach Abschluss des strukturierten Dialogs werden die Ergebnisse unter anderem als Teil der Qualitätsberichte der Krankenhäuser veröffentlicht.

Die vom Gesetzgeber vorgesehene Evaluation eingeführter qualitätssichernder Maßnahmen im Bereich des SGB V (§ 137b SGB V) wurde bisher noch nicht umgesetzt. Gemessen an den Ergebnissen der Qualitätssicherung selbst ist das allgemeine Qualitätsniveau hoch und es werden weiterhin Verbesserungen erreicht. Allerdings ist fraglich, ob die nach wie vor primär sektorbezogene Betrachtungsweise der Indikatoren ein tatsächliches Bild über die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung geben kann. Daher besteht seit längerem die Forderung nach einer sektorenübergreifenden Messung insbesondere der Ergebnisqualität. Der eigentliche Erfolg, beispielsweise einer Hüftoperation, ist letztlich nicht der erfolgreiche und zeitlich sehr beschränkte Prozess im Krankenhaus, sondern der Patient, der nach einem wesentlich außerhalb des Krankenhauses verlaufenden Heilungsprozesses, mutmaßlich mithilfe ambulanter Reha-Therapie, am Ende wieder »gesund« ist, d. h. über ein funktionierendes Hüftgelenk verfügt. Dieses für Patienten hochrelevante Ergebnis aber lässt sich nicht abschließend im Krankenhaus messen. Genau diese Langzeitbetrachtung von patientenrelevanten Endpunkten ist der Grund für die Notwendigkeit einer sektorenübergreifenden – und das heißt hier: den Patienten betrachtenden, den stationären und ambulanten Sektor übergreifenden – Qualitätsperspektive.

Seit 2009 arbeitet der G-BA am Aufbau einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung und dieser Prozess ist immer noch nicht abgeschlossen.

Im Jahr 2017 wurden erstmals Daten für ein sektorenübergreifendes QS-Verfahren erhoben. Die lange Vorbereitungszeit ist auch dadurch bedingt, dass erst verschiedene inhaltliche und rechtliche Voraussetzungen für eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung geschaffen werden mussten. Auf inhaltlicher Seite sind dies beispielsweise die Verbesserung der Datenvalidität, die Erschließung neuer Datenquellen (Routinedaten, Patientenbefragungen), die Reduzierung der Erhebungsaufwände für die Krankenhäuser und die Verbesserung der Aussagekraft der Qualitätsindikatoren (bessere Evidenzbasierung, Ausrichtung an relevanten Qualitätspotenzialen, Risikoadjustierung und Verbesserung der Reliabilität bzw. Diskriminationsfähigkeit). Auf rechtlicher Seite wurden beispielsweise Richtlinien formuliert und Maßnahmen durchgeführt, um Bestimmungen des Datenschutzes umzusetzen (Aufbau einer Vertrauensstelle), neue Datenquellen zu erschließen (Änderung der gesetzlichen Grundlagen für die Nutzung von Routinedaten der Krankenkassen) und eine Finanz- und Organisationsgrundlage für die Umsetzung qualitätssichernder Maßnahmen auf Länderebene zu schaffen (Richtlinie für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung).

■ Indikatorengestützte Qualitätsmessung im Kontext der stationären Altenpflege

Die Voraussetzungen der indikatorengestützten Qualitätsmessung in der Pflege sind auf den ersten Blick ähnlich. Die Einführung der Indikatoren betrifft zunächst gut 11.000 Heime (mit vollstationärer Pflege) und nicht ganz 800.000 Bewohner (Destatis 2017). Je nach noch ausstehender Entscheidung des Qualitätsausschusses Pflege steht zu erwarten, dass ab 2019 Informationen zur Berechnung von 10 bis 12 Indikatoren erhoben¹ und später bundesweit vergleichend dargestellt werden. Datengrundlage werden zunächst ausschließlich gesondert zu dokumentierende Angaben zu Heimbewohnern sein, die von den Einrichtungen für alle ihre Bewohner zweimal jährlich an eine fachlich

¹ Mit einiger Sicherheit werden Indikatoren zum Erhalt der Mobilität und der Selbstständigkeit, zu Dekubitus, Sturzfolgen, unbeabsichtigtem Gewichtsverlust und zu freiheitsentziehenden Maßnahmen dabei sein.

unabhängige Datenauswertungsstelle auf Bundesebene übermittelt werden. Eine Nutzung von Routinedaten wie im SGB-V-Kontext ist bisher nicht vorgesehen bzw. sie wäre auch mit im Folgenden noch zu schildernden Problemen behaftet.

Auf den zweiten Blick gibt es allerdings doch einige, für die Qualitätsmessung und -darstellung gewichtige Unterschiede. Die wesentlichen Problemkreise sind dabei Datengrundlagen, methodische Herausforderungen sowie Fragen der Darstellung bzw. des Umgangs mit den Ergebnissen der Qualitätsmessung. Diese Problemkreise können unabhängig von der visionären Vorstellung, die sektorenübergreifende Versorgungsqualität von Pflegeheimbewohnern zu messen, geschildert werden.

Zwar sind die (Krankenhaus-)Fälle (Patienten) der Qualitätssicherung im SGB-V-Bereich theoretisch mit Bewohnern von Pflegeeinrichtungen zu vergleichen, da beide in den jeweiligen Einrichtungen bestimmte Versorgungsleistungen erhalten, an die in Bezug auf Prozesse und Ergebnisse gewisse Qualitätsanforderungen gestellt werden, und zumindest auf Ebene der einzelnen QS-Verfahren in den Krankenhäusern, z. B. bestimmte Eingriffe, handelt es sich um Vollerhebungen analog zu den Erhebungen in den Pflegeheimen. Aber: In den QS-Verfahren der Krankenhäuser – und auch in der sektorenübergreifenden Perspektive – wird zumeist die Qualität einzelner, klar definierter medizinischer Prozeduren gemessen. Demgegenüber steht ein oft multimorbider Pflegeheimbewohner mit sehr unterschiedlichem und oft auch sehr komplexem Pflegebedarf, der selbst der »Fall« ist, für den aber im sektorspezifischen Denken derzeit keine medizinisch beeinflussten kurativen Endpunkte gemessen werden. Angesichts dieser Voraussetzung, den Bewohner in der Qualitätssicherungsperspektive mit einem »Fall« gleichzusetzen, wäre es konsequent, alle »fallbezogenen« relevanten Parameter in die Messung der Versorgungsqualität einzubeziehen, und dies hieße: auch seine medizinische Versorgung in den Blick zu nehmen. Dies aber ist, wie oben beschrieben, derzeit weder möglich noch vorgesehen.

Dass die Messung der medizinischen Versorgung von Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen überaus aufschlussreiche Ergebnisse zutage

fördert, konnte in einem jüngst durchgeführten Forschungsprojekt gezeigt werden. Hierfür wurden anonymisierte bewohner- bzw. patientenbezogene Informationen aus dem SGB XI und dem SGB V zusammengeführt und eine ganze Reihe von (durchaus auch sehr pflegesensitiven) Indikatoren berechnet (► Kap. 10). Abgesehen vom Erkenntnisgewinn ist hervorzuheben, dass hier anonymisierte Routinedaten genutzt wurden, d. h. dass kein zusätzlicher Erhebungsaufwand auf Seiten der Heime bestand. Solche Betrachtungen sind gegenwärtig allerdings nur in anonymer Form im Rahmen von Forschungsprojekten möglich. Für Qualitätssicherungszwecke müssten abgerechnete Leistungen sowohl bestimmten Einrichtungen als auch konkreten Patienten/Bewohnern zugeordnet werden können, sodass datenschutzrechtliche Fragen zu klären sind. Für die im SGB-V-Bereich analog bestehende (interne) Problematik zwischen stationären und ambulanten Abrechnungsdaten hat der Gesetzgeber eine Lösung geschaffen, die die Zusammenführung von personenbezogenen Daten aus beiden Abrechnungskontexten ermöglicht: Er hat eine sogenannte Vertrauensstelle geschaffen, die in einem komplizierten Ver- und Entschlüsselungsprozess die Versichertendaten pseudonymisiert, damit die Abrechnungsdaten im Kontext der Qualitätssicherung nutzbar sind. Hierin ist zumindest ein möglicher Weg angedeutet, wie Routinedaten des SGB V im Kontext der Qualitätssicherung der Pflege genutzt werden können.

■ Risikoadjustierung und kleine Fallzahlen

Wie aus dem Projektabschlussbericht der »Pilotierung von Indikatoren in der stationären Pflege (MoPIP)« (UBC 2017) sowie aus dem zweiten Zwischenbericht des Projektes zur »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« hervorgeht, werden dort auch zwei methodische Problemstellungen adressiert, die auch im Bereich des SGB V von erheblicher Bedeutung sind.

Soweit es nämlich um Ergebnismessungen und »faire« Einrichtungsvergleiche geht, ist es von entscheidender Bedeutung, dass die Datengrundlage konsistent ist, also die jeweiligen Bewohner der

Heime vergleichbar sind – zumindest dann, wenn mit dem Vergleich Sanktionen verbunden sind (Broge et al. 2014). Selbst für die weit weniger komplexen »Fälle« der stationären Qualitätssicherung hat sich der Begriff der Risikoadjustierung als zentrale Voraussetzung fairer Einrichtungvergleiche zu einem der wichtigsten Schlagworte der gesundheitspolitischen Diskussion entwickelt. Gemeint ist, dass Unterschiede in der Morbidität der Patienten, die Einfluss auf betrachtete Endpunkte haben, bei den Ergebnisdarstellungen für einzelne Einrichtungen berücksichtigt werden müssen. Wie zentral diese Forderung ist, mag daran erkennbar sein, dass sie sogar in den gesetzlichen Formulierungen zur datenbasierten Qualitätssicherung in den § 137a, Abs. 3 SGB V aufgenommen wurde. Der Aufwand, der für eine Risikoadjustierung betrieben wird, ist dabei enorm gestiegen und übersteigt teilweise den Aufwand für die Entwicklung von Indikatoren deutlich, wie etwa an der Entwicklung einer Risikoadjustierung für das QS-Verfahren Dekubitusprophylaxe erkennbar ist (aQua 2015a).

Der enorme Bedeutungszuwachs ist dabei natürlich (auch) der Tatsache geschuldet, dass die Ergebnisse der Qualitätssicherung im SGB V mit Sanktionen verknüpft sein können. Im Vordergrund steht zwar noch immer das »Bad-Apple-Prinzip«, das negative Sanktionen bei schlechten Ergebnissen vorsieht, aber aktuell wird zunehmend auch über finanzielle Zuschläge für überdurchschnittlich gute Qualität diskutiert (vgl. Klakow-Franck 2017). Weil also die Ergebnisse mit Konsequenzen verknüpft sind, werden die früheren, einfachen Stratifizierungen der Patientengruppen, z. B. nach Alter und Geschlecht oder dem allgemeinen Gesundheitszustand (etwa nach ASA-Klassifikation), zunehmend durch komplizierte Algorithmen, z. B. über Komorbiditäten und frühere Krankheitsereignisse, ersetzt. Faktisch zeigt sich hier, dass eine derart umfassende Berücksichtigung von Vorerkrankungen der Patienten bei gleichzeitig aufwandsarmer Datenerhebung ohne die Nutzung von Routinedaten nur schwer vorstellbar ist.

Bei den derzeit existierenden vergleichenden Qualitätsdarstellungen der Pflegeheime scheint dies bemerkenswerterweise kein wirklich diskutiertes Problem zu sein. Dies mag allerdings auch damit

zu tun haben, dass die stichprobenartig erhobenen Daten der externen Prüfung zwar Folgen für die Heime haben können (Stichwort: Maßnahmenbescheide), aber aus methodischen Gründen keine valide Aussagekraft über die Qualität der Heime haben und dass überdies mehr oder weniger alle Heime in der Gesamtschau über zahllose durchschnittsgemittelte Struktur- und Prozessparameter sehr gute »Noten« erhalten. Mit Einführung der auf Vollerhebung der Bewohner basierenden Indikatoren wird sich beides ändern, zumal der Großteil der Indikatoren Versorgungsergebnisse misst (Wingefeld 2015). Dementsprechend wird die Einführung bzw. Entwicklung von Risikoadjustierungen zumindest für die Ergebnisindikatoren unumgänglich sein, wobei sicherlich zu prüfen sein wird, welche und wie viele Faktoren welche Ergebnisse in welchem Ausmaß beeinflussen.

Vorab jedenfalls kann festgehalten werden, dass eine Risikoadjustierung der Ergebnisindikatoren für Pflegeheimbewohner mit all ihren höchst individuellen Pflegebedarfen und auch Bedürfnissen sowie auch all ihrer Morbiditäten (und den daraus erwachsenden medizinischen Bedarfen) eine sehr anspruchsvolle wissenschaftliche Aufgabe sein wird. Dies gilt umso mehr, da derzeit eben gerade keine Routinedaten dafür genutzt werden können und bewohnerindividuelle Risikofaktoren eigenverantwortlich und »händisch« von den Heimen dokumentiert und übermittelt werden, wodurch nicht nur der Dokumentationsaufwand, sondern auch der Unsicherheitsfaktor in Bezug auf die Verlässlichkeit der Angaben steigt. Dies wiederum macht externe Plausibilitätskontrollen erforderlich, die ihrerseits ebenso »händisch«, z. B. im Rahmen der externen Qualitätsprüfung durch die Prüfdienste, durchgeführt werden müssen.

Der zweite messmethodische Problemkreis, der ebenso im SGB V-Kontext von Bedeutung ist und sich vermutlich in der stationären Altenpflege noch deutlicher stellt, ist die Problematik kleiner Fallzahlen. Dahinter steht die messmethodische Tatsache, dass geringe Fallzahlen und niedrige Häufigkeiten von Ereignissen statistisch zuverlässige Aussagen über die Ergebnisqualität erschweren (sog. »Fallzahl-Prävalenz-Problem«, vgl. Heller 2010; König et al. 2014). Im SGB-V-Bereich werden deshalb seit jeher die Ergebnisse für Krankenhäuser mit weniger

als 20 Fällen gesondert ausgewiesen.² Selbst wenn man davon ausgeht, dass Heime mit weniger als 20 Bewohnern prozentual die Ausnahme sind (ca. 10 %), so ist die absolute Zahl von ca. 1.100 Heimen doch eine recht große Anzahl. Und auch hier richten sich die Ergebnisindikatoren auf Ereignisse, die ihrerseits alles andere als häufig sind, wie zum Beispiel das Auftreten eines Dekubitus.

Unabhängig von der Datenvalidität und den Überprüfungsmöglichkeiten ist das Problem kleiner Fallzahlen auch im SGB-V-Bereich so hoch, dass vermehrt Wege gesucht werden, die Datenbasis zu erhöhen. Zum einen wurden die Ausschlussgründe für bestimmte Patientengruppen verringert, um mehr »Fälle« in die Berechnung einbeziehen zu können, was dann allerdings zu einer Intensivierung der Risikoadjustierungen führen muss. Zum anderen wurde überlegt, Indizes zu bilden, in denen verschiedene Ereignisse (z. B. unterschiedliche Komplikationen) zu einer Ereignisgruppe (Komplikationen) zusammengefasst werden. Anhand exemplarischer empirischer Berechnungen konnte gezeigt werden, dass sich hierdurch die Diskriminationsfähigkeit von Qualitätsindikatoren erheblich verbessert (aQua 2016). Analog wäre es vorstellbar, auch für die ergebnisbezogenen Pflegeindikatoren Indizes zu bilden, in denen z. B. Stürze und Dekubitus als »unerwünschte Ereignisse« zusammengefasst werden.

■ Umgang mit Ergebnissen

Die geschilderten messmethodischen Probleme sind vor allem deswegen relevant, weil die Ergebnisse mit öffentlichen Qualitätsdarstellungen und -vergleichen und ggf. mit Sanktionen – seien sie positiv oder negativ – verknüpft werden.

Im Pflegebereich ist der Umgang mit den Ergebnissen bisher noch nicht abschließend thematisiert worden. In den Pilotprojekten, in denen bereits Daten zur Ergebnisqualität erfasst werden, dienen die Indikatorenergebnisse dem internen Qualitätsmanagement – und dies durchaus mit Erfolg (Albert et al. 2012; Wingefeld 2016). Die Nutzung von Ergebnissen als Grundlage für interne Verbesserungsprozesse oder ggf. als Anlass für externe Beratungen ist sicherlich ein erfolgversprechender Weg im Umgang mit Qualitätsproblemen in der Pflege. Geplant ist allerdings auch eine öffentliche Darstellung der Ergebnisse – und hierin liegt natürlich die absehbare Gefahr, dass »schlechte« Ergebnisse eine Abschreckungswirkung für zukünftige Bewohner haben könnten, was zumindest auf Seiten der Heimbetreiber zu einer kritischen Haltung führen wird.

12.4 Diskussion

Ergebnisindikatoren werden allgemein als wichtiger Bestandteil der Qualitätsmessung betrachtet. Nur mit ihnen ist eine »menschenzentrierte«, sektorenübergreifende Beurteilung der Qualität möglich. In den letzten Jahren hat es erhebliche methodische Fortschritte in Bezug auf die Erhebung und Messung von Indikatoren gegeben, die in einem kontinuierlichen Weiterentwicklungsprozess der Indikatoren berücksichtigt werden müssen.

Im Alltag der existierenden Qualitätssicherung im SGB-V-Bereich kann bisher nur ein geringer Teil der relevanten Ergebnisindikatoren verwendet werden, nämlich diejenigen, bei denen eine eindeutige Verantwortungszuschreibung zur Einrichtung möglich ist. Und hierauf zielen zunächst auch die zukünftigen Indikatoren zur Messung der Versorgungsqualität der stationären Pflegeeinrichtungen. Die Probleme unseres Gesundheitswesens liegen allerdings gerade auch an den Schnittstellen und Übergängen zwischen verschiedenen Sektoren, also dort, wo eine Verantwortungszuordnung oft nicht eindeutig möglich ist: bei den »Patienten« (SGB V) zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung und bei den »Bewohnern« (SGB XI) zwischen pflegerischer und medizinischer Versorgung. Im SGB-V-Bereich scheint sich diese Erkenntnis

² Wobei die Wahl von 20 Fällen als Grenze willkürlich gezogen und stark vereinfachend ist. Tatsächlich ist das Ausmaß des Fallzahl-Prävalenz-Problems, zumindest bezogen auf die Indikatoren der stationären Qualitätssicherung, wesentlich größer. In einer Prüfung der Qualitätsindikatoren durch das aQua-Institut wurde ermittelt, dass für 44 % der Qualitätsindikatoren kein Krankenhaus die Mindestfallzahl erreicht hatte, die erforderlich wäre, damit die Ergebnisse die geforderte statistische Genauigkeit aufweisen. Für 85 % der Qualitätsindikatoren erreichten weniger als die Hälfte der Krankenhäuser diese Fallzahl (aQua 2015b). Die im Text dargestellte Systematik dient der Veranschaulichung der Problematik.

beim Gesetzgeber langsam durchzusetzen, sodass beispielsweise versucht wird, zumindest in Teilbereichen der Versorgung, wie z. B. dem Entlassmanagement des Krankenhauses, eine Zuordnung der Verantwortung gesetzlich zu regeln (vgl. § 39 SGB V). In der Umsetzung wirft dies jedoch viele Detailfragen dahingehend auf, bis wohin genau die Verantwortung der einzelnen Sektoren in diesem arbeitsteiligen Prozess gehen kann.

In dieser Gemengelage spielen die existierenden sektoralen Qualitätssicherungssysteme mit ihren primär auf negative Sanktionen ausgelegten Maßnahmen bisher keine konstruktive Rolle – zumindest nicht im SGB-V-Bereich. Einrichtungen lernen vor allem, ihre Ressourcen dahin zu lenken, zu erklären, warum sie für ein bestimmtes Ergebnis nicht verantwortlich sind. Es ist ihnen auch kaum zu verdenken: Wer der Qualitätsmessung unterliegt, hat im Regelfall kein positives Feedback zu erwarten. Allein die vermeintlich schwarzen Schafe sind Gegenstand qualitätssichernder Maßnahmen. Die Wertschätzung oder gar Förderung guter Qualität dagegen wird mit dem Hinweis abgelehnt, dass alle Menschen die gleiche Versorgungsqualität erhalten sollen und es daher nicht angezeigt sei, die ohnehin schon guten Einrichtungen weiter zu fördern. Dadurch wird verhindert, dass Qualitätsmessung als etwas Positives empfunden wird, an

dem man gerne teilhaben möchte. Gerade eine solche Haltung wäre aber in unserem arbeitsteiligen Gesundheitssystem wichtig, um auch Probleme an komplexen Schnittstellen mit vielen Beteiligten bewältigen zu können. Insofern wäre der mit den Indikatoren in den Pilotprojekten der Pflege beschrittene Weg, die Indikatoren intern für das QM zu nutzen oder externe Beratungen daran zu knüpfen, ein Beispiel, an dem sich der SGB-V-Bereich orientieren könnte.

Unabhängig aber von der Ausrichtung der Qualitätssicherungssysteme ist die Frage, wie diese – als Grundlage für eine Steuerung sektorenübergreifender Probleme – besser verzahnt werden könnten. Eine mögliche Lösung dieses Problems könnte im Aufbau von regionalen, sektorenübergreifenden Versorgungskonzepten liegen (Schrappe 2015; SVR-G 2007). Ein wesentliches neues Element dieser Versorgungsformen müsste sein, dass die Qualitätsbetrachtung (je nach Bedarf) alle an einem Versorgungsaspekt Beteiligten zusammenbringt. Allerdings existieren derzeit noch wenige Beispiele für die konkrete organisatorische Umsetzung eines solchen Modells.

In der Pflege ist derzeit ohnehin noch Abwarten angesagt, da die Ergebnisse einer ganzen Reihe von Projekten zur Reformierung der Qualitätssicherung in der Pflege noch ausstehen.

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.



Literatur

- Albert N, Marx A (2012) Vortrag am 20. September 2012: Ergebnisorientiertes Qualitätsmodell Münster – EQMS. Caritasverband für die Diözese Münster e. V.
- aQua (2015a) Weiterentwicklung der Risikoadjustierung für den Leistungsbereich Pflege: Dekubitusprophylaxe. Abschlussbericht (Stand: 26. August 2015). aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, Göttingen
- aQua (2015b) Allgemeine Methoden im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V. Version 4.0 (Stand: 17. Februar 2015). aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, Göttingen
- aQua (2016) Arthroskopie am Kniegelenk. Entwicklung von Risikoadjustierungsmodellen (Stand: 20. Mai 2016). aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, Göttingen
- Balzer K, Butz S, Bentzel J, Boulkhemair D, Lühmann D (2013) Beschreibung und Bewertung der fachärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland. Deutsche Agentur für Health Technology Assessment des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DAHTA), Köln
- Bienstein C, Bohnet-Joschko S (2015) Innovative Versorgung von akut erkrankten Bewohnern und Bewohnerinnen im Altenheim. Abschlussbericht zum gleichnamigen Forschungsvorhaben, gefördert vom Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen innerhalb des Europäischen Fonds für regionale Entwicklung. Department für Pflegewissenschaft, Fakultät für Gesundheit, Witten
- Bleckwenn M, Ashrafnia D, Schnakenberg R, Weckbecker K (2017) Dringende Hausbesuche in Altenheimen – ein Status Quo aus hausärztlicher Sicht. *Gesundheitswesen*. doi:10.1055/s-0043-110852
- Broge B, Kaufmann-Kolle P, Kazmaier T, Pauletzki J, Willms G, Szecseny J (2014) Stand und Perspektiven der externen gesetzlichen Qualitätssicherung nach § 137a SGB V. *Gesundheits- und Sozialpolitik* 68(4–5):57–64
- Destatis (2017) Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- Groening M, Grossmann F, Hilmer T, Singler K, Somasundaram R, Wilke P (2017) Ältere Notfallpatienten: Blickschärfung notwendig. *Deutsches Ärzteblatt* 114(11):A 512-5
- Heller G (2010) Qualitätssicherung mit Routinedaten – Aktueller Stand und Weiterentwicklung. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J (Hrsg) Krankenhaus-Report 2010 – Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Schattauer, Stuttgart, S 239–254
- Heppner J, Singler K, Gosch M, Doviak P (2015) Wann ist genug genug? *Dtsch Med Wochenschr* 140:1780–1782
- IQTIG (2017) Qualitätsreport 2016. Institut für Qualitäts-sicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, Berlin
- Kada O, Brunner E, Likar R, Pinter G, Leutgeb I, Francisci N et al (2011) Vom Pflegeheim ins Krankenhaus und wieder zurück... Eine multimethodale Analyse von Krankenhaustransporten aus Alten- und Pflegeheimen. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 105(10):714–722
- Klawow-Franck R (2017) Qualitätsindikatoren in Relation zur Rechtsicherheit. Gesundheitspolitisches Forum des Fördervereins für ärztliche Fortbildung in Hessen e. V. Frankfurt am Main am 8. Mai 2017. www.laekh.de/images/Aerzte/Fortbildung/Foerdereverein/Vortraege/2017_05_08_Klawow_Franck.pdf. Zugegriffen: 12. Februar 2018
- Kleina T, Horn A, Suhr R, Schaeffer D (2017) Zur Entwicklung der ärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen – Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. *Gesundheitswesen* 79(5):382–387
- König T, Barnewold L, Heller G (2014) Risikoadjustierung und Fallzahl-Prävalenz-Problem. Qualitätsreport 2013. AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen, Göttingen, S 215–221
- Laag S, Müller T, Mruc M (2014) Verantwortung gemeinsam tragen – Die ärztliche Versorgung von Pflegeheimpatienten braucht eine Neuordnung. In: Repschläger U, Schulte C, Osterkamp N (Hrsg) *Gesundheitswesen aktuell 2014*. BARMER GEK, Köln, S 292–308
- Porter ME, Teisberg EO (2006) *Redefining Health Care: Creating Value-based Competition on Results*. Harvard Business School Press, Boston
- Putera I (2017) *Redefining Health: Implication for Value-Based Healthcare Reform*. *Cureus* 9(3):e1067
- Ramroth H, Specht-Leible N, König HH, Brenner H (2006) Hospitalizations during the last months of life of nursing home residents: a retrospective cohort study from Germany. *BMC Health Serv Res* 6:70
- Schrapppe M (2015) *Qualität 2030. Die umfassende Strategie für das Gesundheitswesen*. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
- Schwinger A, Jürchott K, Tsiasioti C (2017) Pflegebedürftigkeit in Deutschland In: Jacobs K, Kuhlmei A, Greß S, Schwinger A, Klauber J (Hrsg) *Pflege-Report 2017 – Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen*. Schattauer, Stuttgart, S 255–303
- Singler K, Dormann H, Dotz C, Heppner HJ, Püllen R, Burkhardt M et al (2016) Der geriatrische Patient in der Notaufnahme. *Notfall + Rettungsmedizin* 19(6): 496–499
- Specht-Leible N, Bender M, Oster P (2003) Die Ursachen der stationären Aufnahme von Alten- und Pflegeheimbewohnern in einer geriatrischen Klinik. *Z Gerontol Geriatr* 36(4):274–279
- SVR-G (2007) *Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung*. Gutachten 2007. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Bonn
- UBC (2017) Abschlussbericht zum Forschungsprojekt Modellhafte Pilotierung von Indikatoren in der stationären Pflege

(MoPIP) (SV14-9015), Stand: 28. Februar 2017. UBC-Zentrum für Alterns- und Pflegeforschung; UBC-Zentrum für Sozialpolitik, Bremen

Wiese CHR, Ittner KP, Lassen CL (2016) Weniger ist oft mehr. Palliativer Notfall bei geriatrischen Patienten. *MMW Fortschritte der Medizin* 158(S3):82–86

Wingefeld K (2016) Vortrag auf dem Hauptstadtkongress 2016 in Berlin am 9. Juni 2016: Ergebnisqualität in der stationären Langzeitpflege: Erfahrungen aus drei Projekten und aktuelle Weiterentwicklungen. Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld

Wingefeld K (2015) Qualitätsunterschiede sichtbar machen. Neues Verfahren zur Ermittlung von Ergebnisqualität. *Die Schwester Der Pfleger* 54(7):82–85

Wingefeld K, Kleina T, Franz S, Engels D, Mehlan S, Engel H (2011) Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe. Abschlussbericht. Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW); Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH (ISG), Bielefeld/Köln

Willms G, Bramesfeld A, Pottkämper K, Broge B, Szecsenyi J (2013) Aktuelle Herausforderungen der externen Qualitätssicherung im deutschen Gesundheitswesen. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 107(8):523–527