

Hendrik Wolthaus

Kritische Betrachtung der indikatorengestützten Qualitätsbewertung am Beispiel einer spezialisierten Einrichtung der stationären Altenhilfe



Wissenschaftliche Monografie

„Man spricht nicht von Defiziten, man spricht von
Entwicklungspotenzialen“. (hno)

Inhaltsverzeichnis

1. **Einleitung**
2. **Methodik und Literaturrecherche**
3. **Die Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf das gerontopsychiatrische Setting**
 - 3.1 Spezialisierte Einrichtungen für Menschen mit Demenz
 - 3.2 Demenz - Formen und Diagnostik
 - 3.2.1 Freiheitsentziehende Maßnahmen versus Werdenfelser Weg
 - 3.2.2 Polypharmazie und Sekundäreffekte
 - 3.2.3 Verweildauer bei degenerativen Grunderkrankungen
 - 3.2.4 Edukation im Kontext autonomer Selbstbestimmtheit und sozialer Isolation
4. **Weitere Herausforderungen im gesundheitspolitischen Kontext**
 - 4.1 Auswirkungen des Zwillingseffekts
 - 4.2 Berücksichtigung besonderer Bedarfe
 - 4.3 Pflege muss bezahlbar bleiben. Die Eigenanteilproblematik
5. **Qualität im pflegewissenschaftlichen Kontext**

5.1 Der gesetzliche Auftrag zur Erfassung von Qualität in der stationären Altenhilfe

5.2 Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität

5.2.1 Pflegesensitive Ergebnisindikatoren auf dem Prüfstand

5.2.2 Risikoadjustierung – der Schlüssel zum externen Benchmarking

6. Die konzeptionelle und Abschließende Umsetzung in den neuen Qualitätsprüfrichtlinien

7. Zusammenfassung

7.1 Fazit und Limitation

7.2 Ausblick:

8. **Literaturverzeichnis**

9. **Internetquellen**

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung:	Erklärung:
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HeimG	Bundesheimgesetz
EEE	Einheitlicher Eigenanteil
EQisA	Ergebnisqualität in der stationären Altershilfe
EQMS	Ergebnisorientiertes Qualitätsmodell Münster
inQS	Projekt indikatorengestützte Qualitätssicherung
ICD-10	International Classification of Diseases
KDA	Kuratorium Deutsche Altenhilfe
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherungen
MDS MmD	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. Menschen mit Demenz
MoPIP	Modellhafte Pilotierung von Indikatoren in der stationären Pflege
NRW	Nordrhein-Westfalen
PfIWEG	Pflege-Weiterentwicklungsgesetz
PG	Pflegegrad
PIM	Potenziell inadäquate Medikation
PKV	Private Krankenversicherung
PO	Pflegeoasen

PQsG	Pflege-Qualitätssicherungsgesetz
PS	Pflegestufe
PSG I	Pflegestärkungsgesetz I
PSG II	Pflegestärkungsgesetz II
PTVS	Pflegetransparenzvereinbarungen
QPR	Qualitätsprüfrichtlinien
QUALIFY	Instrument for the Assessment of Quality Indicators
QoL	Quality of Life
ROC	Receiver Operating Characteristic
SCU	Special Care Units
SGB	Sozialgesetzbuch
SHIP	Study of Health in Pomerania
UAW	Unerwünschte Arzneimittelwirkung
USA	United States of America
VK	Vollzeitkräftekennziffer
WTG-Behörde	Behörde des Wohn- und Teilhabegesetzes

Abbildungsverzeichnis

Abb. Zusammengefasste Geburtenziffer, 1871 bis 2014
1:

Abb. Anteile der Altersgruppen unter 20, 65 und 80 Jahre,
2: Deutschland 1871 bis 2060

Abb. Ursachen der Demenzen
3:

Abb. Länderdifferenz personeller Ausstattung
4:

Abb. Im Vergleich zu Bayern zusätzlich zu versorgende
5: Heimbewohnern pro Pflegekraft im gemäß
Personalschlüssel und landesdurchschnittlichen
Pflegestufenmix, in %.

Abb. Vertragsbeziehung einer Einrichtung, die stationäre
6: Pflegeleistungen abrechnen will

Abb. Relative Pflegegradstruktur im
7: Vergleich Überleitungszeitpunkt gegenüber dem
Stichtag 30.09.2018.

Abb. Verteilung der Pflegegrade aus 218 Begutachtungen
8: nach Grad der Beeinträchtigung im Bereich
Verhalten/Psyche (in Prozent)

Abb. Finanzierung stationärer Pflege unter Einbeziehung
9: der Sozialhilfe

Abb. Beeinträchtigungen im Bereich „Verhaltensweisen
10: und psychische Problemlagen“ im Vergleich
(Angaben in Prozent)

1 Einleitung

Die Inspiration zu dieser Arbeit erhielt der Autor aus den Erfahrungswerten seines operativen Tagesgeschäfts. Im Kontext seines beruflichen Werdegangs, kam dieser zuerst als Mitarbeiter innerhalb des operativen Pflegegeschäfts mit dem Thema Qualität in Berührung. Durch die berufliche Entwicklung zur verantwortlichen Pflegefachkraft (Pflegedienstleitung) wurden die Schnittmengen zwischen operativer Praxis und den vorausgesetzten Qualitätsstandards weiter intensiviert.

Sein Tätigkeitsfeld ist eine spezialisierte Einrichtung der stationären Langzeitpflege mit dem Fokus auf die pflegerische Versorgung und Betreuung von Menschen¹ mit Demenz (MmD). Die Institution befindet sich im Bundesland Nordrhein-Westfalen. Gemäß eines segregativen Pflege- und Betreuungskonzepts leben die Bewohner gemäß dem Schweregrad ihrer Demenz auf vier homogenen Wohngruppen. Die Mitarbeiter der Einrichtung sehen Bewohner auf der Grundlage eines humanistischen Menschenbildes im Mittelpunkt des professionellen Handelns, wobei die Beziehungsarbeit einen zentralen Schwerpunkt darstellt.

Das Pflege- und Betreuungskonzept (vgl. Contilia Pflege und Betreuung 2018) berücksichtigt ein aktivierendes und ganzheitliches Pflege- und Betreuungsverständnis und orientiert sich am personenzentrierten Ansatz nach Tom Kitwood² sowie der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen³. Um eine weitreichende Kontinuität innerhalb der Pflege und sozialen Betreuung zu gewährleisten, arbeitet die Einrichtung auf Grundlage des Bezugspflegesystems. Dies bedeutet, dass jedem Bewohner

eine Bezugspflegefachkraft als auch eine Bezugsbetreuungsfachkraft zugeordnet ist. Sie steuern in enger Abstimmung den Pflege- und Betreuungsprozess und beteiligen nicht nur den Bewohner selbst, sondern auch, entsprechend seiner Wünsche oder Erfordernisse, seine Angehörigen, gesetzlichen Betreuer, Bevollmächtigten und Freunde. Die Bezugspflege- und Bezugsbetreuungsfachkräfte erstellen in Abstimmung mit den Bewohnern und Angehörigen eine aktuelle Tagesstruktur und Maßnahmenplanung, die im Sinne einer Anordnung für alle nachgeordneten Mitarbeiter in Pflege und Betreuung verbindlich ist. Die partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Pflege- und Betreuungsfachkräften und Bewohnern wird als Instrument genutzt, um den Ansprüchen der Beziehungspflege gerecht zu werden (vgl. Contilia Pflege und Betreuung 2018: 2). Innerhalb der Einrichtung werden freiheitsentziehende Maßnahmen vermieden und das Konzept des Werdenfelser Wegs⁴ umgesetzt.

Die Demenz zählt unter anderem zu den alterstypischen und sehr pflegeintensiven Erkrankungen. Im Volksmund wird die Krankheit fälschlicherweise häufig als *Alzheimer* bezeichnet, wobei die Alzheimererkrankung lediglich eine Ausprägung des dementiellen Formenkreises darstellt (vgl. Halek & Bartholomeyczik 2006: 21).

Die Übertragung des Wortes *Demenz* aus dem lateinischen veranschaulicht schon deutlich, worum es sich im Kern bei der Erkrankung handelt:

de = *fehlend* oder *weg*; *mens* = der *Geist* oder der *Verstand*.

Demenzzustände können ein sehr unterschiedliches Bild bieten, das wesentlich von der Lokalisation der zugrundeliegenden zerebralen Erkrankung bestimmt wird.

(Hallauer & Kurz 2002: 3)

Die Bewohnerstruktur umfasst vermehrt demenzielle Sonderformen und jung erkrankte MmD unter 60 Jahren. Als veranschaulichendes Beispiel liegt das durchschnittliche Alter bei Diagnosestellung einer frontotemporalen Demenz (FTD) zwischen dem 50. und 60. Lebensjahr. Die Zeitpunkte der Diagnosestellung zeigen jedoch eine sehr große Spannweite auf (20. - 85. Lebensjahr) (vgl. Diehl—Schmidt 2017: 1). In der Alterskategorie zwischen 45 und 65 Jahren ist etwa jeder Tausendste betroffen. Die Anzahl jung erkrankter, umfasst in Deutschland zwischen 20.000 und 24.000 Menschen. Diese stellen in der Gesamtbetrachtung jedoch weniger als zwei Prozent aller MmD dar (vgl. DAG 2019). Aufgrund der begrenzten Platzzahl von 108 Betten und einer stetig steigenden Nachfrage, muss die Institution im Rahmen der Bewohnerakquise priorisieren. Das hauptsächliche Einzugskriterium ist das Vorliegen einer diagnostizierten Demenz. Darüber hinaus stellen Kriterien wie die vorherrschende häusliche Versorgungssituation, die Dringlichkeit, die Not der An- und Zugehörigen, sowie der zugewiesene Pflegegrad eine entscheidende Rolle. Aus betriebswirtschaftlicher Perspektive, erfolgt die Finanzierung der Einrichtung unter den regulären Finanzierungsstrukturen des SGB XI. Zusätzliche finanzielle Ressourcen, welche zum Beispiel durch die Vereinbarung eines spezialisierten Versorgungs- und Vergütungsvertrages mit den zuständigen Kostenträgern generiert werden könnten, sind nicht gegeben.

Erfahrungswerte innerhalb des webbasierten Lernprojektes *indikatorengestützte Qualitätssicherung* (inQS) vermittelten den Eindruck, dass Einrichtungen mit konzeptioneller Schwerpunktsetzung innerhalb der Versorgung von kognitiv eingeschränkten Bewohnern auffällig werden können. Dieser Eindruck resultiert aufgrund der gegebenen Risikodichte der

Bewohner. Es ist zu vermuten, dass derartige Einrichtungen im externen Benchmarking gegenüber anderen Einrichtungen der klassischen, vollstationären Altenhilfe, bei den erfassten Qualitätsindikatoren auffällig werden. Die indikatorengestützte Qualitätssicherung basiert auf dem Projekt von Wingenfeld et. al. (2011) **Entwicklung der Instrumente und Verfahren für Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI und der Qualitätsdarstellung nach § 115 Abs. 1a SGB XI in der stationären Pflege.** Das Projekt umfasste die Entwicklung pflegesensitiver Indikatoren und deren Qualitätsdarstellung mittels valider Kennzahlen.

Das Ziel dieser Arbeit, ist die Darstellung von resultierenden Problembereichen für spezialisierte Einrichtungen der vollstationären Altenhilfe mit gerontopsychiatrischen Schwerpunkt. Der zentrale Fokus wird auf die Herausarbeitung ihrer Sonderstellung im Kontext der neuen Qualitätsprüfungsrichtlinien gemäß dem §114 SGB XI gelegt. Die primär verfolgte Fragestellung ist:

Haben konzeptionell spezialisierte Einrichtungen, deren Bewohnerstruktur ganzheitlich auf Menschen mit Demenz, sowie demenziellen Sonderformen ausgerichtet sind, durch die indikatorengestützte Qualitätserfassung im Kontext der neuen Qualitätsprüfungsrichtlinie (QPR) mit Benachteiligungen zu rechnen?

Untergeordnet fokussiert werden weiterführend folgende Fragestellungen mit ins Zentrum der Betrachtung gestellt:

- **Finden im Kontext einer Risikoadjustierung demenzielle Sonderformen eine ausreichende Berücksichtigung?**

- **Welche Qualitätsbereiche der betreffenden Einrichtungen haben das potenzielle Risiko für die Clearingstelle auffällig zu erscheinen und vermitteln in diesem Rahmen Qualitätsdefizite, resultierend auf Basis der besonderen Bewohnerstruktur?**
-

¹ Für eine bessere Lesbarkeit wird in der Schreibweise die männliche Sprachform verwendet. Es sind allerdings alle Geschlechter gleichermaßen gemeint (w/m/d).

² Der von dem britischen Psychologen Tom Kitwood (1995) entwickelten Ansatzes der person-zentrierten Pflege stellt die Einzigartigkeit der Person in den Mittelpunkt. Die aus diesem Konzept resultierende Grundhaltung gegenüber Menschen mit Demenz und die positive Arbeit/Beziehung mit der Person bilden die Basis (vgl. Welling 2004: 1).

³ Die deutsche Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen besteht aus acht Artikeln welche die bestehenden Rechte im Hinblick auf zentrale Situationen des Lebens hilfe- und pflegebedürftiger Menschen zusammenfasst und konkretisiert (vgl. Sulmann 2011).

⁴ Der Werdenfelser Weg ist ein verraahrrreennsrreecchttlllicchherr AAnnsaattzz im Rahmen des geltenden Betreuungs- und Verfahrensrecht, den Gedanken der Vermeidung von Fixierungen und freiheitsentziehenden Maßnahmen wie Bauchgurte, Bettgitter, Vorsatztische in Einrichtungen zu stärken (vgl. Amt für Soziales und Wohnen Bonn 2011: 4).