



# Der neue Pflege-TÜV Erste Erfahrungen und Bewertung der neuen Instrumente



**Jörn Bachem**

Rechtsanwalt und Fachanwalt für Verwaltungsrecht

# Übersicht

1. Ziel erreicht? Die Entwicklung der Prüfung und Bewertung von Pflegequalität seit 2008\*
2. Die praktische Umsetzung der neuen Instrumente
3. Rechtliche Probleme und Rechtsschutz
4. Fazit

\* Enthalten ist eine recht ausführliche Darstellung wesentlicher Elemente der MuG und der QDVS, da die Inhalte des Vorreferates bei Erstellung noch nicht bekannt waren; der Vortrag soll daran angepasst wesentlich gestrafft erfolgen 😊

# 1. Ziel erreicht? Die Entwicklung der Prüfung und Bewertung von Pflegequalität seit 2008

## Meilensteine

- 2001: PQsG – die Pflegequalität rückt in den Fokus des Gesetzgebers; neues 11. = Qualitätssicherungskapitel SGB XI
- 2008: PfWG – Einführung der Pflege-Transparenzberichte durch § 115 Abs. 1a SGB XI
- 17.12.2008: PTVS stationär

- 29.01.2009: PTVS ambulant
- 30.06.2009: QPR
- Ab Juli 2009 neue Qualitätsprüfungen und erste Veröffentlichungen auf den Kassenportalen AOK-Pflege-Navigator, Pflege-Lotse (vdek), Pflege-Kompass (Knappschaft) etc.

- 04.01.2010: SG Dessau-Roßlau (S 3 P 90/09 ER) stoppt erstmals Veröffentlichung wegen unklarer Rechtmäßigkeit
- Anschließend bunte Kasuistik; die LSGe entscheiden überwiegend „staatstragend“, das SG Münster und das LSG Berlin-Brandenburg betonen notwendige Richtigkeitsgewähr; verfassungsrechtliche und fachliche Angriffspunkte werden überwiegend als unbegründet oder hinnehmbar gesehen

- 16.05.2013 (B 3 P 5 /12 R):

## „Schlussstrichentscheidung“ des BSG

- Fehlende pflegewissenschaftliche Basis – kein geeignetes Instrument zur Messung von Qualität? BSG: Einschätzungsprärogative gestattet dem Gesetzgeber einen Feldversuch ohne wissenschaftliche Grundlage, Grenze: „*Slechterdings unvertretbare Einschätzungen über den Informationsbedarf der Pflegebedürftigen*“; Konstruktionsmängel sind hinzunehmen; Bewertung muss nur *insgesamt vertretbar*“ sein
- Mit den PTVen selbst befasste sich das BSG erst gar nicht

- Zu kleine und ungleiche (insbes. Teil-) Stichproben etc.? Mit Verlässlichkeit und Vergleichbarkeit der Prüfergebnisse setzte sich BSG nicht auseinander – Richtigkeit staatlicher Informationen?
- Gesetzesvorbehalt Art. 12 Abs. 1 GG und Normenvertrag? Lt. BSG muss der Gesetzgeber die fachlichen Einzelheiten nicht selbst regeln, außerdem seien die Regelungen auf eine Weiterentwicklung angelegt
- der mit Blick auf die parallel geförderte Wingenfeldstudie erfolgte Frühstart wird ungeachtet der fachlichen Mängel der PTVen legitimiert

- An den Konstruktionsmängeln der PTVen hat das BSG also nichts geändert, nur den Rechtsschutz verschlechtert
- Seither dominieren Prüf- und Veröffentlichungsroutine (Lerneffekt), Rechtsschutz erfolgt nahezu ausschließlich im Anhörungsverfahren – mit unterschiedlichem Erfolg (keine juristische Prüfung ...), extrem wenige Entscheidungen



## Vorgeschichte des Indikatorenverfahrens

- Gefördert von BMG und BMFSFJ: Wingenfeld/Engels, „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Pflege“ (2011)
- § 113 Abs. 1 Satz 4 Nr. 4 SGB XI i.d.F. d. PNG (2012):  
*„Anforderungen an ein indikatorengestütztes Verfahren zur vergleichenden Messung und Darstellung von Ergebnisqualität im stationären Bereich, das auf der Grundlage einer strukturierten Datenerhebung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements eine Qualitätsberichterstattung und die externe Qualitätsprüfung ermöglicht.“*

- Reaktion auf die Mängel von § 115 Abs. 1a SGB XI und der PTVen sowie die massive Kritik an QPR-Prüfungen
- Anknüpfung an Wingenfeld-Studie → Umsetzungsansatz
- **Objektivierung der Qualitätsprüfung durch Vollerhebung von geeigneten Indikatoren für die Ergebnisqualität, Verzahnung von in- und externem QM**
- In der bestehenden Struktur von §§ 114 ff. nicht umsetzbar  
→ „legislativer Forschungs- und Pilotierungsauftrag zur normativen Weiterentwicklung“

- § 114 Abs. 4 SGB XI i.d.F. d. PfWG (2009!) – Anerkennung „gleichwertiger Prüfungen“:  
Verringerung des Umfangs der Regelprüfung, wenn
  - aus von Einrichtung veranlasster Prüfung Ergebnisse zur Prozess- und Strukturqualität vorliegen,
  - Prüfverfahren von LVPK anerkannt und
  - durch unabhängige Prüfinstitutionen entsprechend Anforderungen nach § 113 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 und 3 durchgeführt,
  - Prüfung nicht länger als ein Jahr zurückliegt und
  - Ergebnisse gem. § 115 Abs. 1a veröffentlicht werden.
  - Dennoch Prüfung „*Ergebnisqualität*“ durch MDK o. Prüfdienst PKV

- Umsetzung in MuG nach § 113 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2, 3 in 2011
- Internes QM und QM-Audits sollten belohnt werden
- Nie in der Praxis angekommen, v.a. weil von BReg initial beabsichtigte Verlängerung des Prüfturnus bei gleichwertigen Prüfergebnissen vom BR torpediert wurde und Ertrag für Einrichtungen so gering blieb → Doppelprüfung
- Regelung wurde durch PSG II (2016) gestrichen
  - Das Indikatorenverfahren stärkt (und fordert) nun das interne QM
  - Die Qualitätsprüfung erfolgt zweigeteilt

## A. Indikatoren (Definition in Anlage 3 MuG 2018/19<sup>1</sup>):

(10 Themen s.u., 15 Indikatoren)

### **Qualitätsbereich 1: Erhalt und Förderung von Selbständigkeit**

1. Erhaltene Mobilität\*
2. Erhaltene Selbständigkeit bei alltäglichen Verrichtungen\*
3. Erhaltene Selbständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

\* nach Risikogruppen getrennte Bewertung

<sup>1</sup> BAnz AT 11.02.2019 B 3, Anl. 1-4 BAnz AT 21.10.2019 B 2)

## **Qualitätsbereich 2: Schutz vor gesundheitlichen Schädigungen und Belastungen**

4. Dekubitusentstehung\*
5. Schwerwiegende Sturzfolgen\*
6. Unbeabsichtigter Gewichtsverlust\*

\* nach Risikogruppen getrennte Bewertung

## **Qualitätsbereich 3: Unterstützung bei spezifischen Bedarfslagen**

7. Durchführung eines Integrationsgesprächs
8. Anwendung von Gurten
9. Anwendung von Bettseitenteilen
10. Aktualität der Schmerzeinschätzung

- Erhebung erfolgt in QB 1 nach dem Bedarfserhebungsinstrument (BI) zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit gemäß § 15 SGB XI (bekanntes Instrument), sonst v.a. anhand der Pflegedokumentation
- Fünf Grade der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder von Fähigkeiten, von keine bis schwerste
- Punktwerte gemäß den Begutachtungsrichtlinien nach § 17 Abs. 1 SGB XI
- Ggf. Bildung von Risikogruppen abhängig vom Grad der Beeinträchtigung (BI)
- Messung der Punktzahlveränderung als Indikator



- QB 1: Ermittlung der Anteile der Pflegebedürftigen mit gleichbleibender oder verbesserter Mobilität/Selbstständigkeit in der Risikogruppe
- QB 2: Ermittlung der Anteile der Pflegebedürftigen mit aufgetretenen Schädigungen/Belastungen (Dekubitus, Stürze mit gravierenden Folgen)
- QB 3: Anteil der Pflegebedürftigen, bei denen die jeweilige Maßnahme erfolgt ist (Integrationsgespräch, Gurtfixierung, Bettseitenteile, aktuelle und vollständige Schmerzeinschätzung)

- QB 1: Zeigt Stand und Entwicklung der Selbständigkeit an
- QB 2: Zeigt Häufigkeit von Beeinträchtigungen an
- QB 3: Positivindikatoren (Integrationsgespräch, aktuelle und vollständige Schmerzeinschätzung) und **Negativindikatoren (Gurtfixierung, Bettseitenteile\* \*\*)**

\* Geteilte Gitter, die Aufstehen nicht behindern, sind nicht einzubeziehen

\*\* Bewohner\*innen, die aufgrund persönlichen Sicherheitsbedürfnisses das Hochziehen der Bettseitenteile wünschen sowie Bewohner\*innen, die ohne aus dem Bett zu fallen drohen, werden einbezogen, auch genehmigte Maßnahmen. Damit wird sichtbar gemacht, wo alternative Maßnahmen eingesetzt werden, Misserfolg wird aber im QB 2 sichtbar (Stürze)

- Neu ist damit eine quantitative (grundsätzlich) Vollerhebung von relevanten Pflegeergebnissen anstelle der bislang v.a. prozessbezogenen MDK-Prüfung aus einer (v.a. bei den einzelnen Prüffragen zu) kleinen Stichprobe
- Darstellung wird ergänzt um zahlreiche Strukturqualitätsmerkmale, etwa zu Spezialisierung, Speiseversorgung und Dienstleistungen, Internetzugang etc. (Anlage 5 QDVS)
- Eine vergleichbare Darstellung der Indikatorenergebnisse wird durch die Bewertungssystematik (Anlage 2 QDVS) erreicht

- ● ● ● ● Die Ergebnisqualität liegt weit über dem Durchschnitt.
  - ● ● ● ○ Die Ergebnisqualität liegt leicht über dem Durchschnitt.
  - ● ● ○ ○ Die Ergebnisqualität liegt nahe beim Durchschnitt.
  - ● ○ ○ ○ Die Ergebnisqualität liegt leicht unter dem Durchschnitt.
  - ○ ○ ○ ○ Die Ergebnisqualität liegt weit unter dem Durchschnitt.
  - × Die Ergebnisqualität konnte nicht berechnet werden.
- Einzelfall Das Ereignis ist bei einem einzelnen Bewohner bzw. einer einzelnen Bewohnerin aufgetreten und wird nicht bewertet.

→Relationale Bewertung, statt Noten

→Keine Bewertung, was gute Qualität ist (keine Evidenz),  
sondern wie Einrichtung gegenüber Wettbewerb abschneidet

- Darstellung als „**Übersicht der Bewertung der Versorgungsergebnisse: Ergebnisqualität**“
  - siehe nächste Folie
- und in detaillierter Form („**Erläuterungen zu den Versorgungsergebnissen [Ergebnisqualität]**“) mit sehr ausführlichen, so weit wie möglich einfachen Erklärungen
  - Bewertung Einzelindikator als Anteil der Bewohner\*innen in %
  - Qualitätsbewertung nach den 5 Punkten
  - Angabe des Durchschnitts aller Einrichtungen
  - Angabe der letzten 2 Bewertungen zuvor (Längsschnitt)

## Abbildung 16: Beispielhafte Darstellung der Zusammenfassung der Bewertung der Versorgungsergebnisse

Die folgende Bewertung beruht auf Daten, die von der Pflegeeinrichtung erfasst und von einer unabhängigen Stelle ausgewertet wurden. Die Bewertung bezieht sich auf den 30. April 2017.

### Bewertung der Versorgungsergebnisse: Ergebnisqualität

beste Bewertung: 5 Punkte / schlechteste Bewertung: 1 Punkt

#### 1. Erhalt der Mobilität (Bewegungsfähigkeit)

- |                                                                                |                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| a) bei Bewohnern, die <b>nicht oder nur wenig</b> geistig beeinträchtigt sind  | <input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| b) bei Bewohnern, die <b>erheblich oder schwer</b> geistig beeinträchtigt sind | <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>            |

#### 2. Erhalt der Selbständigkeit bei alltäglichen Verrichtungen (z.B. Körperpflege)

- |                                                                                |                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| a) bei Bewohnern, die <b>nicht oder nur wenig</b> geistig beeinträchtigt sind  | <input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> |
| b) bei Bewohnern, die <b>erheblich oder schwer</b> geistig beeinträchtigt sind | <input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>            |

- Mindeststichproben für die einzelnen Indikatoren zwischen je nach Qualitätsbereich 10 und 4 Personen
- Geringe Größe wird kompensiert im Rahmen der Stratifizierung (Bildung vergleichbarer Gruppen) durch Bewertungsregeln, z.B. führt nur ein einziges Negativereignis nicht zu einer negativen Bewertung (Nennung als „Einzelfall“) u. z.B. Dekubitus erst ab  $n \geq 5$ ; → erst bei 2 Dekubitus negative Bewertung
- Dennoch bleibt das Problem der im Vergleich zum Krankenhaus sehr kleinen Stichproben

- Bewertungskategorien werden durch Quintile = **5 gleich stark besetzte Gruppen** gebildet; Grundlage ist bis zur Gewinnung ausreichender Datengrundlage eine Setzung auf wissenschaftlicher Basis; aus Abstand zum Referenzwert (Durchschnitt) ergeben sich **4 Schwellenwerte**



## B. Externe Qualitätsprüfung (§§ 114 f. SGB XI)

- Wie gehabt durch MDK und PKV-Prüfdienst
- Basis sind seit 01.11.2019 die QPR vom 17.12.2018<sup>1</sup> und die QDVS vom 19.03.2019<sup>2</sup>
- Struktur und Vorgehensweise ähneln den früheren QPR, sind aber erheblich weiterentwickelt
- Die QDVS sind vollkommen neu entwickelt

<sup>1</sup> <https://www.mds-ev.de/richtlinien-publikationen/pflegeversicherung/qualitaetspruefungen-rechtliche-grundlagen.html>

<sup>2</sup> <https://www.gs-qa-pflege.de/dokumente-zum-download>

## Qualitätsprüfungsrichtlinien – QPR vollstationär ab 01.11.2019

- Dazu hat Frau Hollenbach bestimmt bereits alles gesagt
- Qualitätsprüfung besteht aus 3 Teilen:
  - Personenbezogene Versorgung
  - Beurteilung auf Einrichtungsebene
  - Plausibilitätskontrolle der von der Einrichtung erhobenen Indikatorendaten
- Qualitätsdarstellung § 115 Abs. 1a
  - ↔ Verfahren nach § 115 Abs. 2 SGB XI

## Prüfverfahren:

- Neu: Unabhängige Evaluation der Bewertungssystematik i.A. GKV-SV gem. § 114c Abs. 3 SGB XI (PpSG) zum 31.03.2021
- Neu: **Prüfturnus** nach Erlass der RiLi gem. § 114c SGB XI (PpSG) bei guter Qualität **auf bis zu zwei Jahre verlängerbar**
- Seit PpSG Grundsatz auch vollstationär **am Vortag angekündigter** Prüfung (§ 114a Abs. 1 Satz 2 Hs. 1 SGB XI)
- Ausnahme: Nicht oder nicht korrekt erfolgte Datenübermittlung an Datenauswertungsstelle gemäß § 114b SGB XI
- Stichprobe n=9 (6 Datenauswertungsstelle, 3 Prüfdienst)

- Verändertes Prüfverfahren, Ziff. 5 Abs. 2 QPR :

„**Die unmittelbare fachliche Kommunikation** im Prüfverfahren hat einen hohen Stellenwert und basiert auf der **stärkeren Differenzierung von Beurteilungen und der Verringerung der Bedeutung von gegenstandsunabhängigen Konzept- und Dokumentationsprüfungen.** Das **Fachgespräch ist eine gleichrangige Informationsquelle** zu anderen Datenquellen. Dieser Prüfansatz setzt eine intensive Zusammenarbeit zwischen der Pflegeeinrichtung und dem MDK bzw. dem PKV-Prüfdienst voraus.“

- **Verändertes Prüfverfahren, Ziff. 11 Abs. 4 QPR:**  
„Vermutet die Prüferin oder der Prüfer hingegen ein Qualitätsdefizit, so **genügt nicht allein das Fehlen von Einträgen in der Pflegedokumentation**, um den Nachweis zu führen. Zur Verifizierung muss im Regelfall **mindestens eine weitere Informationsquelle** entsprechende Hinweise geben. (...)“
  - Abwendung von der Überbetonung der Dokumentation
- **Problematisch sind allerdings in Erhebungsbogen A Kat. B unklare Bewertungshinweise bzgl. Dokumentation („nicht systematisch ermittelt“, „nicht ganz vollständig“)**
  - Provokation neuer Dokumentationswelle, Subjektivität der Bewertung

## Sechs Qualitätsbereiche (Anlage 6 QDVS):

- QB 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung
- QB 2: Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
- QB 3: Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte
- QB 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen
- QB 5: Bedarfsübergreifende fachliche Anforderungen
- QB 6: Organisationsaspekte und internes Qualitätsmanagement

## Bewertungskategorien (Anlage 7 QDVS):

- A) Keine Auffälligkeiten oder Defizite
- B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für den Bewohner bzw. die Bewohnerin erwarten lassen
- C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für den Bewohner bzw. die Bewohnerin
- D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den Bewohner bzw. die Bewohnerin.

→ Bemühen um Betonung der unmittelbaren Relevanz für Betroffene und Abgrenzung rein prozessbezogener Mängel

- Aufgrund der neuen Bewertungssystematik (Anlage 7 QDVS) könnten Konflikte über Dokumentationsmängel abnehmen
  - Z.B. für die Bewertung als „D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für den Bewohner bzw. die Bewohnerin“ bestehen hohe Hürden
  - Eingetretener Schaden oder regelmäßig nicht erfolgte Unterstützung, trotz Einwirkungsmöglichkeit der Einrichtung
  - Einzelne Dokumentationslücken oder eine einzelne Beschwerde reichen nicht aus, es sind weitere Feststellungen durch die Prüfenden erforderlich



- Zusammenführung Bewertung Bewohnerversorgung QB 1-4 in 4 Stufen



1. Keine oder geringe Qualitätsdefizite



2. Moderate Qualitätsdefizite



3. Erhebliche Qualitätsdefizite



4. Schwerwiegende Qualitätsdefizite

- Einbezogen wird für jede/n Bewohner\*in bei mehreren Einzelbewertungen eines Qualitätsaspekts immer die schlechteste Bewertung (D statt C)
- „Auffälligkeiten“ (B-Wertung) werden nicht als Defizit eingestuft und fließen nicht in die Bewertung ein.

<b>Qualitätsbeurteilung</b>	<b>Anzahl der Fälle mit C- oder D-Wertung</b>	<b>Anzahl der Fälle mit D-Wertung</b>
1. Keine oder geringe Qualitätsdefizite	0-1	0
2. Moderate Qualitätsdefizite	2-3	1
3. Erhebliche Qualitätsdefizite	4	2-3
4. Schwerwiegende Qualitätsdefizite	5 und mehr	4 und mehr

## 2. Die praktische Umsetzung der neuen Instrumente

### A. Indikatorenverfahren

- Registrierung bei der Datenauswertungsstelle (bis 30.09.2019), Festlegung der ewigen Erhebungsstichtage
- Datenerhebung, Übermittlung, Korrekturverfahren
- Feedbackbericht an Einrichtung
- Erprobungszeitraum seit 01.10.2019 mit einmaliger Erhebung
- **Ab 01.07.2020 Regelbetrieb** mit Übermittlung an DCS Pflege  
→ Praxiserfahrungen gibt es derzeit bei uns noch nicht

## B. MDK-Prüfung

- Bei uns sind noch keine Fälle nach der neuen QPR (Geltung ab 01.11.2019) eingegangen
- Fragen bezogen sich auf die Zulässigkeit einer Prüfung, auch wenn noch keine Indikatoren zu erheben waren (ja) und **anschließenden Veröffentlichung (nur ext. Pr.)** sowie auf Prüfung von Spezialeinrichtungen wie Wachkoma (ja, aber m.E. **auch nach 01.07.2020 ohne Veröffentlichung Indikatoren; Problem bei Vergleichbarkeit Stichprobe QPR-Prüfung**)
- Zu möglichen Streitfeldern siehe Teil 3

### 3. Rechtliche Probleme und Rechtsschutz

- Das Indikatorenverfahren an sich ist technisch und pflegefachlich geprägt und dürfte eher kein relevantes anwaltliches Betätigungsfeld werden
- Streitpotential birgt die **Datenprüfung durch die Prüfdienste**
- Falsche Datenerhebungen o. -eingaben führen ggf. zu **Negativ-Hinweisen in der Qualitätsdarstellung** („Hinweise auf nicht zuverl. Daten“, ab 4 kritischen Themenbereichen insgesamt keine Qualitätsdarstellung und Hinweis auf „Zweifel an bereitgestellten Informationen“) → **Rufschaden möglich**

- Falsche Erhebungen und Übermittlungen könnten m.E. auch als Pflichtverletzungen jedenfalls in schweren Fällen (Wiederholung grober Unstimmigkeiten) zur **Kündigung des Versorgungsvertrages** nach § 74 SGB XI führen
  - Abgrenzung Fahrlässigkeit-Vorsatz?
  - Hat die Datenauswertungsstelle einen Datensatz als nicht plausibel beanstandet, wird er aber von der Einrichtung nicht korrigiert, sondern bestätigt, und stellt MDK-Prüfung dann falsche Eingaben fest, werden die LVPK schnell von Vorsatz ausgehen; ähnlich: unberechtigter Ausschluss v. Bewohner\*in
  - Vom MDK fachlich bestrittene Bewertungen – *wie QPR ...*

- Gegen die Veröffentlichung der Auswertung der selbst erhobenen Indikatorendaten ist Rechtsschutz kaum sinnvoll möglich
- Insbesondere wird sich die Richtigkeit der Vergleichsdaten der anderen Einrichtungen effektiv nicht prüfen lassen
- Anlass zur Sorge gibt es aufgrund des durchnormierten, strukturierten Verfahrens und der unabhängigen Datenauswertungsstelle ohnehin nicht
- Bewertungsschema u. Darstellungsweise der QDV sind so gut, wie es der (immer noch unvollkommene) Stand des Wissens zulässt

- Gegen die Veröffentlichung der Ergebnisse der externen Prüfung ist Rechtsschutz in gewohnter Manier eröffnet:
  - Beanstandung im **Anhörungsverfahren** nach Anlage 8 Ziff. 6 **binnen 28 Tagen** nach Bereitstellung der zu veröffentlichenden Ergebnisse; wenn keine Klärung möglich ...
  - **Einstweilige Sicherungsanordnung** zur Untersagung der Veröffentlichung (bis zur Korrektur der beanstandeten Ergebnisse) gegen die LVPK (nicht DCS Pflege)
  - Hauptsacheklage wird i.d.R. entbehrlich sein, weil sich der Streit durch die Folgeprüfung erledigt
  - Kommentierungsmöglichkeit gem. Ziff. 7 Anlage 8: Stumpfes Schwert



- Allerdings besteht die **Problematik zu kleiner Teilstichproben** unvermindert
- Eine Veröffentlichung erfolgt bei jeder Unterschreitung der vorgegeben 9 Bewohner\*innen, eine schlechtere Bewertung erfolgt insbesondere bei nur drei geprüften Personen („Verschiebungsregelungen“ unterhalb  $n=6$ )
- Stichproben  $< 9$  sind nicht repräsentativ, was in der Rechtsprechung aber bislang kaum ankommt
- Es wird zum Glückspiel, ob ein problematischer Fall Eingang in die Stichprobe findet

- Die gesetzliche Vorgabe der **Vergleichbarkeit** ist m.E. verletzt
- Gemäß Anlage 8 QDVS werden zwar die Zahl der bewerteten Personen und die Einzelbewertungen angegeben
- Die erdrückende Mehrzahl der Nutzer\*innen wird aber alleine die zusammenfassenden Bewertungen in der tabellarischen „**Übersicht**“ betrachten, denn bereits diese erfordern Aufmerksamkeit, um nachvollzogen werden zu können, auch aufgrund der (notgedrungen) verwendeten Fachbegriffe

- Die nachfolgenden, umfangreichen „**Erläuterungen**“ werden zumeist den Lesegewohnheiten im Internet zum Opfer fallen; zudem fällt die Analyse Lai\*innen schwer und folgt die Bewertung (notgedrungen) eher komplexen Regeln
- Zuzugeben ist, dass die Prüfung größerer Stichproben deutlich größeren Verwaltungsaufwand mit entsprechender Kostenbelastung der Versicherten zur Folge hätte

- Das kann aber nicht das **Gebot der Richtigkeit staatlicher Qualitätsbewertung** infrage stellen – dass etwas rechtmäßig nicht möglich ist, legitimiert nicht, es im vermeintlichen Interesse der Öffentlichkeit trotzdem zu tun
- Infrage steht vielmehr die **Sinnhaftigkeit der Veröffentlichung der weiterhin entgegen § 115 Abs. 1a Satz 1 SGB XI nicht vergleichbaren externen Prüfergebnisse, auch mit Blick auf immensen Aufwand**

- Positiv ist immerhin der bereits in der Vorgängerregelung der Übergangs-PTVS nach einem Schiedsverfahren erfolgte **Verzicht auf eine Gesamtnote**
- Denn deren Zusammensetzung und die Gewichtung der Teilbereiche kann mangels einer objektiv zwingenden Struktur nur streitbar sein
- Probleme der QPR: Weiterhin ist mit **Streit über die Einzelbewertungen** zu rechnen, die in die Qualitätsdarstellung eingehen und/oder Grundlage des Maßnahmenbescheides nach § 115 Abs. 2 SGB XI und damit sanktionswirksam sind

## Fazit

- Durch das Indikatorenverfahren wird die für die Betroffenen maßgebliche Ergebnisqualität endlich weitgehend objektiv und vergleichbar dargestellt
- Initial erheblicher Mehraufwand für Einrichtungen, aber Gewinn für das interne QM
- Die Zeiten „zu guter“ Bewertungen sind bei Indikatoren vorbei und dürften es auch bei externen Prüfungsergebnissen sein

- Ergebnisse der externen Prüfung sollten m.E. nicht veröffentlicht werden, Prüfung alleine zur externen QS und Datenerhebung
- Gerade die externe Qualitätsprüfung wird ein routinemäßig umstrittenes Feld bleiben ...
- ...trotz zu erhoffender Verbesserungen bei der Auswertung der Informationsquellen (Fachgespräch etc.) und Transparenz (Aufwertung des Abschlussgesprächs)

# Vielen Dank fürs Zuhören und Mitmachen!



Für Rückfragen:

RA Jörn Bachem

**Iffland Wischnewski**

Rechtsanwälte

Pfungstädter Str. 100 A

64297 Darmstadt

Tel: 0 61 51 / 13 66 00

Fax: 0 61 51 / 13 66 033

E-Mail: [info@iw-recht.de](mailto:info@iw-recht.de)

Internet: [www.iw-recht.de](http://www.iw-recht.de)



## Quellen der verwendeten Tabellengrafiken

- Folie 20: Abschlussbericht des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (Dr. Klaus Wingenfeld) sowie des aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen:  
[https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2018/10/20180903\\_Entwicklungsauftrag\\_stationa%CC%88r\\_Abschlussbericht.pdf](https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2018/10/20180903_Entwicklungsauftrag_stationa%CC%88r_Abschlussbericht.pdf)
- Sonst: Qualitätsdarstellungsvereinbarung nach § 115 Absatz 1 Satz 2ff. SGB XI:  
<https://www.gs-qa-pflege.de/wp-content/uploads/2019/05/Qualita%CC%88tsdarstellungsvereinbarung-fu%CC%88r-die-stationa%CC%88rePflege-QDVS.pdf>